

ственного рака желудка получена в 22 наблюдениях, что составило 78,6 %. У 1 больной через 9 мес возник поверхностный рецидив рака желудка, который был удален при проведении повторного курса ФДТ. В группе из 4 больных (6 очагов первично множественного раннего рака желудка), у которых не удалось добиться при эндоскопическом лечении полной регрессии, 3 пациентов оперированы (гастрэктомия), а одному больному продолжено эндоскопическое лечение с использованием многокурсовой ФДТ. Данный больной наблюдался в течение 1,5 лет без прогрессирования опухолевого процесса и

умер от инфаркта миокарда. Пациенты с полной регрессией опухоли наблюдаются в сроки от 1 года до 14 лет.

Выводы. Расширение показаний к органосохраняющему эндоскопическому лечению больных с ранним раком желудка, накопление клинического опыта с длительным динамическим наблюдением, совершенствование методов диагностики синхронных и метасинхронных очагов раннего рака желудка требуют пересмотра традиционных взглядов на частоту первично-множественного опухолевого поражения органов желудочно-кишечного тракта.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ ЭНДОКРИННЫМИ ОПУХОЛЯМИ 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 последние годы значительно возрос интерес к эндокринным опухолям различной локализации, что в значительной мере обусловлено увеличением количества выявляемых новообразований, более совершенными методами эндоскопической (ZOOM, NBI-эндоскопия и пр.) и морфологической диагностики и подтверждения их нейроэндокринной природы, появлением новых методов лечения. Частота эндокринных опухолей желудка, по данным последних лет, уступает лишь аналогичным опухолям легкого, прямой и тонкой кишки.

В МНИОИ им. П.А. Герцена с 1998 по 2010 г. изучены случаи высокодифференцированных эндокринных опухолей желудка (карциноиды). Группа из 23 больных включала 9 пациентов с одиночными новообразованиями и 14 – с множественными карциноидами. Возраст больных одиночными карциноидами составлял от 38 до 72 лет (средний возраст – 57 лет), преобладали женщины (7 из 9). Размеры опухолей колебались от 0,2 до 0,8 см. Локализация образований достаточно характерна: в 5 случаях – верхняя треть желудка, в 3 – средняя треть, в 1 – препилорический отдел желудка. Во всех случаях в окружающей слизистой оболочке желудка

имелись признаки хронического атрофического гастрита с очаговой гиперплазией эндокринных клеток. 8 больным этой группы выполнены различные варианты эндоскопического лечения: петлевая электрорезекция – 5, эндоскопическая электрорезекция с подслизистой диссекцией – 2, петлевая электрорезекция + аргонплазменная коагуляция – 1. Одному больному (локализация опухоли в препилорическом отделе желудка) выполнена дистальная резекция желудка. Все пациенты наблюдались в сроки от 1 года до 4 лет без признаков рецидива заболевания.

Возраст 14 больных множественными карциноидами колебался от 41 до 69 лет (средний возраст 61 год), все пациенты женского пола. Количество новообразований – от 2 до 7, в одном случае – 20. В общей сложности 66 опухолей. Размеры варьировали от 0,2 до 1,3 см. Преобладающей локализацией являлась в/з желудка. 13 больным проведены различные варианты эндоскопического лечения (петлевая электрорезекция – 8, петлевая электрорезекция + аргонплазменная коагуляция – 3, эндоскопическая электрорезекция с подслизистой диссекцией слизистой желудка – 2), одной больной выполнена проксимальная резекция желудка. 11

больных прослежены в сроки от 1 года до 7 лет, у 3 больных, имеющих 2, 5 и 7 карциноидов, опухоли удалялись по мере возникновения рецидива заболевания.

Таким образом, высокодифференцированные карциноиды желудка представляют собой злокачественные новообразования с характерной локализацией и микро-макроскопической структурой, возникающие при определенном фоновом состоянии слизистой оболочки. Все выявленные опухоли имели инвазию в пределах слизистой-подслизистого слоя. Считаем, что примененные методики внутрипросветной эн-

доскопической хирургии при внутрислизистых солитарных и первично множественных высокодифференцированных карциноидах желудка могут рассматриваться как один из вариантов радикального или условно-радикального лечения. Однако следует учитывать вероятность появления новых метакронных очагов карциноида слизистой желудка. В связи с этим лечение больных с множественными карциноидами (в том числе и рецидива) желудка может осуществляться эндоскопическими методами при условии тщательного динамического эндоскопического и морфологического контроля.

ПРОБЛЕМЫ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТА В ОНКОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

**А.А. СТАРЧЕНКО, Д.А. ЗИНЛАНД, Е.Н. ТРЕТЬЯКОВА, О.В. ТАРАСОВА,
С.А. КОМАРЕЦ, И.Н. КУРИЛО, И.В. РЫКОВА, М.Ю. ФУРКАЛЮК,
Е.Ю. ГОНЧАРОВА, В.В. БЛИНОВ**

*Общественный совет по защите прав пациентов Росздравнадзора, г. Москва
Страховая медицинская компания «Росгосстрах-Медицина», г. Москва*

Цель – упорядочение терминологии по проблеме безопасности пациентов, информирование о правилах правового регулирования безопасности пациентов и риска в онкологии в системе обязательного медицинского страхования.

Статья 238 Уголовного кодекса РФ устанавливает ответственность за оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей. Безопасность медицинского вмешательства – отсутствие необоснованного риска при допущении обоснованного риска медицинского вмешательства, выполняемого по показаниям в соответствии с имеющимся заболеванием с учетом противопоказаний к вмешательству или с диагностической целью. Риск медицинского вмешательства – вероятность наступления неблагоприятного исхода для жизни или здоровья пациента, а также вероятность недостижения той цели, ради которой проводится медицинское вмешательство; оценивается экспертом:

а) по наличию объективных и субъективных условий для возникновения неблагоприятного исхода или недостижения поставленной цели медицинского вмешательства;

б) по выполнению объема и качества профилактических мер неблагоприятного исхода и недостижения цели медицинского вмешательства.

Риск ятрогенных осложнений считается обоснованным и не влечет уголовной ответственности при выполнении следующих условий:

1. Рискованное действие осуществляют для достижения общественно полезной цели – сохранения жизни и здоровья пациента.

2. Применение данного метода диагностики или лечения показано.

3. Цель не может быть достигнута без риска.

4. Риск развития ятрогенного осложнения меньше, чем риск неблагоприятного исхода без применения данного метода.

5. Наступление вредных последствий лишь возможно, но не неизбежно.