

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 внутриспросветного 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 аргонплазменная 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-

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