УДК 616.33-007.17-072.1-089

ДИАГНОСТИКА ПРЕДРАКОВЫХ И РАННИХ ФОРМ РАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Корочанская Наталья Всеволодовна – д.м.н., профессор
МУЗ ГБ N2 «КМЛДО», Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Дурлештер Владимир Моисеевич – д.м.н., профессор
МУЗ ГБ N2 «КМЛДО», Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Рогаль Михаил Леонидович – д.м.н., профессор
НИИ Скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, Москва, Россия

Паниотов Игорь Владимирович – к.м.н.
Семейный врач, Новороссийск

В статье приводится пример двухуровневой системы оказания специализированной помощи «семейный врач - хирургический гастроэнтерологический центр», которая повышает комплаентность скринируемой группы, обеспечивает участие пациентов в динамических эндоскопических исследованиях с повторными биопсиями при предраковых воспалительных заболеваниях пищевода, желудка и ободочной кишки. Такая система позволяет проводить активную профилактику онкологической трансформации воспалительных заболеваний и выявлять рак пищеварительной трубки на ранних резектабельных стадиях.

Ключевые слова: СКРИНИНГ ПРЕДРАКВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ И РАКА ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА, ТОЛСТОЙ КИШКИ

UDC 616.33-007.17-072.1-089

DIAGNOSTICS OF PRE-MALIGNANT AND THE EARLIER FORMS OF CANCER IN DIGESTIVE SYSTEM.

Korochanskaya Natalia Vsevolodovna, MD, professor
City Hospital Nr.2, Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

Durleshter Vladimir Moiseevich, MD, professor
City Hospital Nr.2, Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

Rogal’ Mikhail Leonidovich, MD, professor
RII of First-aid of N.V.Sklifosovskii, Moscow, Russia

Paniotov Igor’ Vladimirovich, MD
Family physician, Novorossiisk

The article presented the case of two-level system of special care “family physician – gastroenterological centre”. The system has increased the compliancy of screening group. It also provides the patient participance in dynamic endoscopy with the repeated biopsy in pre-malignant inflammated diseases of the esophagus, the stomach and the colon. The system presented allows performing the active prophylaxis of oncologic transformation of inflammated diseases and revealed the esophageal cancer in the earlier respectable studies.

Keywords: SCREENING OF PRE-MALIGNANT ALTERATIONS AND CANCER OF THE ESOPHAGUS, THE STOMACH AND THE COLON

Последнее десятилетие ознаменовалось крупными достижениями в изучении фундаментальных проблем гастроэнтерологии, позволившими пересмотреть общепринятые взгляды на этиологию и патогенез ряда предраковых воспалительных и онкологических заболеваний пищеварительной трубки, существенно улучшить результаты их диагностики и лечения. Ключевая концепция предупреждения и контроля развития рака состоит в том, что канцерогенез – длительный процесс, на протяжении которого дискретные клеточные изменения прогрессивно ведут к формированию более автономных клеточных процессов, укладывающихся на первых порах в характерную картину предракового заболевания [1]. Это дает врачу время и инструмент для выявления тех процессов, которые с высокой вероятностью в будущем приведут к развитию рака, а также шанс прервать эти изменения, и значит, предупредить развитие рака, застать его на самой ранней стадии предрака или неинвазивного роста.

Маркером высокого риска раковой трансформации воспалительных заболеваний пищеварительной трубки является дисплазия. Известно, что умеренная и тяжелая дисплазия ассоциированы с 40-100% случаями раннего рака пищеварительной трубки и 5-80% аденокарциномы III-IV стадии, что предполагает прямую роль дисплазии в онкогенезе [2, 3]. В ряде проспективных исследований временной промежуток между установлением диагноза высокой степени дисплазии и идентификацией рака желудка составил от 1 до 39 месяцев, в среднем 4-23 месяца [4, 5]. Между установлением диагноза умеренной (низкой) степени дисплазии и раком проходит в среднем 10-30 лет с разбросом от 1 до 390 месяцев [6, 7].

Именно выявление метаплазии и дисплазии лежит в основе программ первичной, вторичной профилактики и скрининга таких наиболее распространенных онкологических заболеваний пищеварительной трубки, как рак пищевода, рак желудка и рак толстой

кишки. Осуществлять на практике эти скрининговые программы призваны семейные врачи (врачи общей практики), однако подобные профилактические подходы еще не получили широкого распространения. Только тесная взаимосвязь семейного врача и специализированного гастроэнтерологического хирургического стационара, обладающего высокими технологиями диагностики и лечения предраковых воспалительных заболеваний, может обеспечить адекватную вторичную профилактику и скрининговую диагностику предраковых воспалительных заболеваний и раннего рака пищеварительной трубки.

Цель исследования: улучшение качества диагностики и лечения предраковых воспалительных и ранних онкологических форм заболеваний пищеварительной трубки на основе усовершенствования скрининговой диагностики, выставления своевременных показаний к оперативному лечению предраковых воспалительных заболеваний, индивидуализации реабилитационных мероприятий, разработки алгоритмов взаимодействия врача общей практики и специализированного хирургического гастроэнтерологического стационара.

Материал и методы исследования. Для решения задач, поставленных в работе, под нашим наблюдением в течение 8 лет находилось 102 семьи, в том числе 134 мужчины, 146 женщин (всего 280 человек, составивших основную, скринируемую группу), 48 детей до 18 лет. Динамическое диспансерное наблюдение осуществлялось врачом общей практики г.Новороссийска, инвазивные методы исследования и оперативное лечение выполнялись в Российском центре функциональной хирургической гастроэнтерологии (РЦФХГ).

В основной (скринируемой группе) был выявлен 31 больной с раковыми заболеваниями пищеварительной трубки. В качестве условно-контрольной группы рассматривались пациенты со сходными онкологическими заболеваниями пищеварительной системы,

направленные в РЦФХГ из г.Новороссийска, рандомизированные по полу и возрасту.

Таблица 1 - Распределение больных по стадии выявленного рака пищеварительной трубки в скринируемой популяции и условно-контрольной группе

Группы больных Стадии рака	В скринируемой группе, n=31	Условно-контрольная группа, n=31
Рак пищевода		
стадия 2	2	1
стадия 3	2	2
стадия 4	0	1
Рак желудка		
стадия 1	6	0
стадия 2	6	4
стадия 3	3	5
стадия 4	0	6
Колоректальный рак		
стадия 0	2	0
стадия 1	7	0
стадия 2	2	3
стадия 3	1	6
стадия 4	0	3

Поскольку вторичная профилактика рака пищеварительной трубки направлена на своевременное выявление онкологического процесса, особое внимание уделяли стадиям (таблица 1) и морфологической характеристике (таблица 2) выявленного во время проведения скрининга рака.

Таблица 2 - Распределение больных по морфологической характеристике выявленного рака пищеварительной трубки

Группы больных Морфологическая характеристика	В скринируемой группе, n=31	Условно-контрольная группа, n=31
Рак пищевода, n=8		
Плоскоклеточный рак	1 (25,0%)	0 (0%)
Аденокарцинома	3 (75,0%)	4 (100%)
Рак желудка, n=30		
Аденокарцинома	11 (73,3%)	9 (60,0%)
Плоскоклеточный	3 (20,0%)	4 (26,7%)
Недифференцированный	1 (6,7%)	2 (13,3%)
Колоректальный рак, n=24		
Аденокарцинома	11 (91,7%)	10 (83,3%)
Плоскоклеточный рак	1 (8,3%)	0 (0%)
Железисто-плоскоклеточный рак	0 (0%)	1 (8,3%)
Недифференцированный	0 (0%)	1 (8,3%)

Использованы следующие общеклинические и инструментальные методы обследования больных:

1. Скрининговый, с ведением разработанной специализированной «Карты диспансерного наблюдения»;
2. Традиционные биохимические исследования сыворотки крови;
3. Фиброгастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки и дальнейшей гистологической оценкой: выраженности и степени дисплазии и метаплазии; доброкачественности новообразований; степени контаминации Helicobacter pylori (HP);
4. Фиброколоноскопия с биопсией и дальнейшей гистологической оценкой характера выявленных новообразований;
5. Контрастная рентгеноскопия гастродуоденального комплекса с видеосъемкой;
6. Ультрасонография органов брюшной полости;
7. Методы оценки качества жизни по опроснику MOS SF-36 [Medical Outcomes Study 36 – Item Short From Health Survey]

В группах больных с обнаруженной при обследовании патологией проводилось медикаментозное с использованием традиционных схем антисекреторной и эрадикационной терапии и хирургическое лечение.

Использованы параметрические и непараметрические статистические методы при обработке полученных результатов.

Результаты исследования. Проведенный анализ продемонстрировал, что синдром диспепсии со стороны верхнего отдела пищеварительной трубки (в той или иной степени выраженности) присутствовал у 135 из 280 обследованных (48,2%). Наиболее часто встречались жалобы на боли в животе (у 111 (39,6%) человека), чувство переполнения в верхней части живота – у 108 (38,6%), изжогу - у 86 (30,7%), отрыжку – у 78 (27,9%), тошноту – у 75 (26,8%). Интенсивность симптомов варьировала от ежедневных до 1 раз в несколько месяцев. Проведенный анализ свидетельствует, что у больных с синдромом диспепсии со стороны верхнего отдела пищеварительной трубки, по сравнению с бессимптомной популяцией, достоверно чаще встречались: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) (у 11,1% против 2,1%), недостаточность кардии (у 20% против 8,3%), увеличенные размеры желудка (у 11,1% против 1,4%), эрозивное воспаление слизистой оболочки желудка (СОЖ) (у 25,2% против 6,2%), зияние привратника (у 22,9% против 8,3%), дуоденогастральный рефлюкс (ДГР) (у 28,1% против 13,1%), эрозивное воспаление слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки (СО ДПК) (у 17,8% против 6,9%). Вместе с тем следует отметить, что даже при полном отсутствии симптомов воспаления верхнего отдела пищеварительной трубки эндоскопическими находками явились эрозии СОЖ (у 9 из 145 человек), ДГР (у 19 из 145), эрозии СО ДПК (у 10 из 145), язвы луковицы ДПК (у 2 из 145 обследованных).

В результате углубленного клинико-морфологического исследования (динамические ЭФГДС с множественными биопсиями) были выявлены

пациенты со следующими предраковыми заболеваниями: гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) (n=87), в том числе осложненной пищеводом Баррета (n=7), полипами желудка (n=5), пострезекционными синдромами (n=3), язвами желудка (n=6). Ведение этих пациентов осуществляли согласно алгоритмам, представленным в табл.3-6.

Таблица 3 - Алгоритм ведения больных с метаплазией в слизистой оболочке пищевода

Тактика активного наблюдения	
Дисплазии нет, n=3	Дисплазия низкой степени, n=4
ФГДС с биопсией 1раз в 6 месяцев	ФГДС с биопсией 1раз в 6 месяцев
нет дисплазии	нет прогрессии дисплазии
ФГДС с биопсией 1 раз в 2 года	ФГДС с биопсией 1 раз в год
Лечебная тактика	
• омепразол 40 мг в сутки, n=5	
• устранение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, создание арефлюксной кардии, n=1	
• эзофагэктомия, n=1	

Таблица 4 - Алгоритм ведения пациентов с полипами желудка

Эзофагогастродуоденоскопия			
Полип желудка (n=5)			
Биопсия (3-5 биоптатов из основания полипа)			
Диагностика HP-инфекции		Морфологическая оценка биоптатов	
HP(-) N=2	HP(+) n=3	гиперпластический полип,n=2	аденоматозный полип,n=3
	Эрадикация	полипэктомия n=5	
	HP(-) n=2	Контрольная ЭФГДС через 3 месяца	
		Контрольная ЭФГДС через 1 год полип желудка, n=2	
		Полипэктомия	

Пациентам с ГЭРБ и отсутствием дисплазии в СО назначали длительный поддерживающий прием антисекреторных препаратов. Проведенное исследование свидетельствует, что у всех пациентов с исходно существовавшей неэрозивной рефлюксной болезнью эффективным оказался прием омепразола «по требованию» или в дозировке 20 мг в сутки. Если изжога появлялась не каждый день,

препарат принимали непостоянно, в случае ежедневного возникновения – каждый день, в ряде случаев дополняя приемом антацидов.

Таблица 5 - Алгоритм динамического диспансерного наблюдения пациентов, перенесших резекцию желудка

<table>
<tr><td colspan="4">Эзофагогастродуоденоскопия</td></tr>
<tr><td colspan="4">Состояние после резекции желудка (n=3)</td></tr>
<tr><td colspan="4">Биопсия (3-5 биоптатов из зоны анастомоза и всех очаговых образований)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Диагностика HP-инфекции</td><td colspan="2">Морфологическая оценка биоптатов</td></tr>
<tr><td rowspan="3">HP(-), n=2</td><td>HP(+), n=1</td><td>воспаление – 1ст
атрофия – 2ст
метаплазия – 1 ст
дисплазия – 0 ст</td><td>контрольная биопсия ежегодно</td></tr>
<tr><td>Эрадикационная терапия</td><td>воспаление – 2 ст
атрофия – 2 ст
метаплазия – 1 ст
дисплазия -1 ст</td><td>реконструктивная операция</td></tr>
<tr><td>HP(-),n=1</td><td>воспаление – 1 ст
атрофия – 3 ст
метаплазия – 2 ст
дисплазия -2 ст</td><td>гастрэктомия</td></tr>
</table>

Таблица 6 - Алгоритм ведения пациентов с язвами желудка

<table>
<tr><td colspan="4">Эзофагогастродуоденоскопия</td></tr>
<tr><td colspan="4">Язвы желудка (n=6)</td></tr>
<tr><td colspan="4">Биопсия (3-5 биоптатов из краев язвы)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Диагностика HP-инфекции</td><td colspan="2">Морфологическая оценка биоптатов</td></tr>
<tr><td rowspan="7">HP(-)
n=2</td><td rowspan="5">HP(+)
n=4</td><td>Неопластические изменения, n=1</td><td>оценка стадии диспластических и метапластических изменений, n=5</td></tr>
<tr><td>гастрэктомия, n=1</td><td>эрадикационная, антисекреторная терапия, n=5</td></tr>
<tr><td colspan="2">рубцевание язвы, n=4</td></tr>
<tr><td>рецидив язвы, n=2</td><td>отсутствие заживления язвы, n=1</td></tr>
<tr><td colspan="2">Эрадикация</td></tr>
<tr><td rowspan="2">HP(-)
n=3</td><td colspan="2">гастропластика, n=3</td></tr>
<tr><td colspan="2">Контрольная ЭФГДС через 3 месяца, n=3</td></tr>
<tr><td colspan="2">Контрольная ЭФГДС через 1 год, n=3</td></tr>
</table>

При наличии эндоскопически позитивного эзофагита омепразол применяли в дозе 40 мг в сутки 4 – 6 – 8 недель в зависимости от стадии

эзофагита по Лос-Анжелесской классификации. После успешного основного курса пациенты с исходным эрозивным эзофагитом (n=42) переводились на поддерживающий прием омепразола 20 мг в сутки в течение 3 – 16 месяцев (в среднем 4,7± 0,6 месяцев). Рецидив изжоги в течение года наступил у 31 из 44 лиц, не получающих антисекреторных препаратов, и у 16 из 42 больных, находящихся на поддерживающем приеме омепразола.

Эрадикационная терапия была проведена 78 пациентам. Показаниями для проведения эрадикации, согласно Маастрихскому консенсусу (2005), явились: язвенная болезнь желудка и(или) двенадцатиперстной кишки, в том числе и в фазе ремиссии (n=5); атрофический гастрит (n=15); состояние после резекции желудка (n=1); родственники первой степени родства с больными с раком желудка (n=18); функциональная диспепсия (n=39). При превалировании атрофических изменений в СОЖ использовали однонедельную тройную терапию с препаратом висмута (n=16): препарат висмута (коллоидный субцитрат висмута) 120 мг 4 раза в день вместе с тетрациклином 500 мг 4 раза в день, метронидазолом 250 мг 4 раза в день или тинидазолом 500 мг 2 раза в день. В остальных случаях (n=62) применяли однонедельную тройную терапию с использованием блокаторов H^+K^+АТФазы в стандартной дозировке 2 раза в день (омепразол по 20 мг 2 раза в день или эзомепразол 20 мг 2 раза в день) вместе с метронидазолом 400 мг 3 раза в день (или тинидазолом 500 мг 2 раза в день), кларитромицином 500 мг 2 раза в день или амоксициллином 1000 мг 2 раза в день.

Через 6 недель после антибактериальной терапии воспалительные изменения отсутствовали у каждого третьего пациента; эрадикация оказалась успешной у 75,6% человек, а у оставшихся больных степень контаминации микробом фундального и антрального отделов желудка существенно уменьшилась. Благоприятное влияние эрадикации на

воспалительные изменения в СОЖ сохранялись не менее 6 месяцев. Мы не отметили влияния эрадикационной терапии на частоту и стадию атрофии, метаплазии, дисплазии, возможно, в связи с коротким периодом наблюдения (до 6 месяцев).

При проведении скрининга колоректального рака использовали клинические рекомендации Российской ассоциации гастроэнтерологов [1] и Рекомендации Американской Ассоциации гастроэнтерологов по проведению скрининговых программ по колоректального раку (КРР) [8]. В скринируемой группе у 46 человек был выявлен средний риск развития колоректального рака, у 134 – низкий. Скрининг осуществляли согласно алгоритмам табл.7-8.

Таблица 7 - Алгоритм скринингового наблюдения лиц из группы низкого риска колоректального рака

Колоноскопия – метод выбора			
Нет изменений, n=29	Патология, n=17		
Повторная колоноскопия через 10 лет	Cancer in situ, n=1 КРР, n=3 Дисплазия высокой степени, n=2 Крупный плоский полип, n=1 Неполный осмотр всех отделов кишки, n=3	Более 3 полипов, n=1 обнаружение аденом в возрасте младше 60 лет, n=1 Наличие ближайших родственников, страдавших КРР, n=2	обнаружение аденом в возрасте старше 60 лет и отсутствие у родителей КРР, n=1
	Повторная колоноскопия через 3-12 месяцев	Повторная колоноскопия через 3 года	Повторная колоноскопия через 5 лет
	высокая степень дисплазии, n=1	полип, n=1 КРР, n=1	

Таблица 8 - Алгоритм скринингового наблюдения лиц из группы низкого риска колоректального рака

Колоноскопия – метод выбора		
Нет изменений, n=108	Патология, n=14	
Повторная колоноскопия через 10 лет	Cancer in situ, n=1 КРР, n=4 Неполный осмотр всех отделов кишки, n=8	Полип, наличие ближайших родственников, страдавших КРР, n=1
	Повторная колоноскопия через 3-12 месяцев	Повторная колоноскопия через 3 года
	КРР, n=2	полип, n=1

По результатам 8-летнего проведения скрининга у 46 пациентов из группы среднего риска выявлено 13 полипов и 5 случаев КРР. При морфологическом исследовании 1 удаленного полипа выявлен cancer in situ, в еще 2 крупных полипах – дисплазия высокой степени. При повторных исследованиях через 3-12 месяцев выявлен еще один полип с высокой степенью дисплазии. В остальных случаях, в зависимости от исходных интраскопических находок, повторную колоноскопию проводили через 3, 5 лет и еще у 29 человек планируется исследование через 10 лет. Из 46 человек группы среднего риска отказались участвовать в дальнейшем скрининговом исследовании 12 (26,1%) пациентов. Из 134 пациентов группы низкого риска отказались или прервали свое участие в скрининговом наблюдении 64 человек (47,8%). В этой группе выявлено 2 полипа и 7 случаев КРР, в том числе один cancer in situ в удаленном полипе.

В результате проведенного скрининга ранняя и своевременная диагностика рака пищеварительной системы была осуществлена в 80,6% против 25,8% ($p<0,05$) при проведении диагностики по обращаемости (табл.9). Эти данные соответствуют статистики департамента здравоохранения Краснодарского края, согласно которой удельный вес числа больных, взятых на учет с IV стадия заболевания, составляет для

рака пищевода 43,1-53,1%, рака желудка – 46,2-50,0%, рака ободочной кишки – 30,7-40,9%.

Таблица 9 - Своевременность диагностики рака пищеварительной трубки в скринируемой популяции и условно-контрольной группе

Своевременность диагностики, n(%)	Скринируемая группа, n=31	Условно-контрольная группа, n=31
Ранняя и своевременная	25 (80,6)	8 (25,8)
Поздняя	6 (19,4)	23 (74,2)

χ^2=16,5 (p<0,001)

При наличии диспластических, неопластических изменений в СО и(или) неэффективности консервативного лечения выполняли следующие виды оперативного лечения (табл.10).

Таблица 10 - Распределение больных по характеру выполненного оперативного вмешательства при раковых и предраковых заболеваниях пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки

Группы больных Методы оперативного лечения	Скринируемая группа, n=280	Условно-контрольная группа, n=31
1	2	3
Заболевания пищевода		
Устранение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, формирование арефлюксной кардии	2 (0,7%)	0 (0%)
Удаление лейомиомы, создание арефлюксной кардии	1 (0,4%)	0 (0%)
Эзофагэктомия	4 (1,4%)	3 (9,7%)
Наложение гастростомы	0 (0%)	1 (3,2%)
Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки		

Полипэктомия	7 (2,5%)	0 (0%)
Гастропластика по поводу язвы желудка	3 (1,1%)	0 (0%)
Гастропластика по поводу 1 стадии рака желудка	2 (0,7%)	0 (0%)
Дистальная резекия желудка с лимфаденэктомией	10 (3,5%)	9 (29,0%)
Гастрэктомия в сочетании с лимфодиссекцией	3 (1,1%)	1 (3,2%)*
Радикальная дуоденопластика	3 (1,1%)	0 (0%)
РДП по поводу стеноза ДПК	3 (1,1%)	0 (0%)
Паллиативные вмешательства	0 (0)	5 (16,1%)*
Заболевания толстой кишки		
Полипэктомия	15 (5,4%)	0 (0%)
Левостороння гемиколэктомия	4 (1,4%)	2 (12,9%)
Правосторонняя гемиколэктомия	3 (1,0%)	2 (12,9%)
Внутрибрюшная резекция ректосигмоидного отдела	4 (1,4%)	1 (3,2%)
Операция Гартмана	1 (0,4%)	5 (16,1%)*
Паллиативные операции	0 (0%)	3 (9,7%)

В скринируемой группе были установлены показания к выполнению операций, направленных на восстановление утраченных функций, при неэффективности продолжительного консервативного лечения, с удовлетворительными результатами отдаленного послеоперационного периода. Разработанная поэтапная технология позволила предложить методику раннего определения больных в группы, требующие хирургического лечения.

Проведенный анализ показал, что в скринируемой группе достоверно чаще было возможным выполнение радикального хирургического вмешательства по сравнению с больными условно-контрольной группы, что, безусловно, повлияло на результаты послеоперационного наблюдения.

Длительное (3-х летнее) наблюдение пациентов с раком верхних отделов пищеварительной трубки продемонстрировало, что при выявлении рака в результате проведения скрининга трехлетняя выживаемость составляет 52,6%, в то время как все больные с раком, диагностированным «по обращаемости», погибли к концу 3 года наблюдения (табл.11).

Небольшое количество больных с КРР, находящихся под наблюдением, не позволило сделать статистически достоверные выводы, но прослеживается четкая тенденция - 3-летняя выживаемость пациентов скринируемой группы составила 66,7% против 25,0% у больных с раком, диагностированным по обращаемости (табл.12).

Таблица 11 - Послеоперационный мониторинг пациентов с раком верхних отделов пищеварительной трубки

Годы	Жив на конец года		Умер от основного заболевания		Рецидив основного заболевания	
	скринируемая группа, n=19	«по обращаемости», n=19	скринируемая группа, n=19	«по обращаемости», n=19	скринируемая группа, n=19	«по обращаемости», n=19
1	17 (89,5)	10 (52,6)	2 (10,5)	9 (47,4)	2 (10,5)	5 (26,3)
2	14 (73,6)	4 (21,2)	3 (15,8)	6 (31,6)	4 (21,2)	6 (31,6)
3	10 (52,6)	0* (0)	4 (21,2)	4 (21,1)	3 (15,8)	4 (21,1)

Таблица 12 - Послеоперационный мониторинг пациентов с раком верхних отделов пищеварительной трубки

Годы	Жив на конец года		Умер от основного заболевания		Рецидив основного заболевания	
	скринируемая группа, n=12	«по обращаемости», n=12	скринируемая группа, n=12	«по обращаемости», n=12	скринируемая группа, n=12	«по обращаемости», n=12
1	11 (91,7)	9 (75,0)	1 (8,3)	3 (25,0)	1 (8,3)	3 (25,0)
2	9 (75,0)	4 (33,3)	2 (16,7)	5 (41,7)	3 (25,0)	4 (33,3)
3	8 (66,7)	3 (25,0)	1 (8,3)	1 (8,3)	1 (8,3)	1 (8,3)

Итак, проводимое нами в течение 8 лет скрининговое наблюдение 102 семей, в том числе 134 мужчины, 146 женщин, 48 детей до 18 лет позволило выявить и адекватно пролечить такие предраковые заболевания, как ГЭРБ, в том числе пищевод Баррета, полипы, язвы желудка,

перенесенные резекции желудка по Бильрот II, HP-контаминацию верхнего отдела пищеварительной трубки, хронические запоры, полипы толстой кишки. Рак пищеварительной трубки был диагностирован на более ранних стадиях, чем при диагностике по «обращаемости», что позволило провести более радикальное хирургическое лечение.

Проведенный анализ свидетельствует, что оперативное органосохраняющее функционально-восстанавливающее лечение предраковых заболеваний позволяет предотвратить раковую трансформацию, устраняет симптомы заболевания, повышает качество жизни пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Динамические скрининговые исследования бессимптомной популяции в сочетании с высокоспециализированной морфологической и функциональной диагностикой позволяют значительно увеличить выявляемость злокачественных новообразований пищевода, желудка и ободочной кишки на ранних стадиях, повысить резектабельность опухолей и улучшить отдаленные результаты оперативного лечения.
2. Медикаментозное лечение предраковых воспалительных заболеваний возможно только в отсутствии диспластических изменений слизистой оболочки и включает поддерживающий прием антисекреторных препаратов у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, эрадикационную терапию при наличии хеликобактериозной контаминации у пациентов с атрофическим гастритом, язвами и полипами желудка. Длительная противовоспалительная и антисекреторная терапия способствует уменьшению воспалительных изменений слизистой оболочки и замедляет развитие атрофии и дисплазии.
3. В лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, превалирующей морфологической основой которой является недостаточность клапанного

аппарата пищеводно-желудочного перехода, хирургические органосохраняющие функционально обоснованные методы лечения являются предпочтительными перед длительным поддерживающим приемом антисекреторных препаратов.

4. Динамическое эндоскопическое наблюдение за пациентами с предраковыми воспалительными заболеваниями желудка (аденоматозные полипы, длительно нерубцующиеся или рецидивирующие язвы, атрофический гастрит культи желудка у больных, перенесших резекцию желудка по Бильрот II) позволяет при наличии диспластических изменений своевременно выставлять показания к органосохраняющим и органовосстанавливающим операциям, гарантирующим устранение предраковых изменений (полипэктомия, гастропластика, редуоденизация).

5. Своевременное выставление показаний к оперативному лечению пациентов с колоректальным раком возможно только на основании скрининговых колоноскопических исследований бессимптомных лиц, кратность проведения которых варьирует в стратифицированных группах риска.

Литература:

1. *Ивашкин В.Т.* Современная гастроэнтерология и предопухолевые заболевания пищеварительной системы // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.– 2002.- N3.– С. 4-7.
2. *Lewin K.J., Appelman H.D.* Tumors of the esophagus and stomach. Atlas of tumor pathology (third series fascicle 18).- Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1996.
3. *Lewin K.J.* Nomenclature problems of gastrointestinal epithelial neoplasia // Am. J. Surg. Pathol.- 1998.– Vol. 22.– P. 1043-1047.
4. *Rugge M., Cassaro M., Mario F. Di et al.* The long term outcome of gastric non-invasive neoplasia // Gut.– 2003.– Vol. 52, N8.– P. 1111-1116.
5. *Rugge M., Cassaro M., Pennelli G. et al.* Pathology and cost effectiveness of endoscopy surveillance for premalignant gastric lesions // Gut.– 2003.– Vol. 52, N3.– P. 453 - 454.
1. *Gopal D.V., Lieberman D.Q., Magaret N. et al.* Risk factors for dysplasia in patients with Barrett’s esophagus. Results from a multi-center consortium // Dig. Dis. Sci.- 2003.– Vol. 48.– P. 1537-1541.
6. *Gorlot I., Bruley-des-Varannes S., Le Rhun M. et al.* Evaluation of endoscopic diagnosis of Barrett's esophagus based on analysis of 346 reports // Gastroenterol. Clin. Biol.- 2003.– Vol. 27, N8-9.– P. 700-707.
7. *Winawer S., Fletcher R., Rex D. et al.* Colorectal cancer screening and surveillance: Clinical guidelines and rationale - Update based on new evidence // Gastroenterology.- 2003.– Vol. 124, N2.– P. 234-243.