

УДК 616.33-007.17-072.1-089

**СКРИНИНГОВОЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ  
ИССЛЕДОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ ГРУППЫ  
РИСКА ПО РАКУ ЖЕЛУДКА**

Гучетль Тимур Александрович  
*Кубанский государственный медицинский  
университет, Краснодар, Россия*

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

Гучетль Александр Якубович - к.м.н.  
*МУЗ ГБ N2 «КМЛДО», Кубанский  
государственный медицинский университет,  
Краснодар, Россия*

Оноприев Александр Владимирович – д.м.н.,  
профессор  
*Кубанский государственный медицинский  
университет, Краснодар, Россия*

В статье обобщен опыт городской  
многопрофильной больницы №2 и краевой  
клинической больницы города Краснодара в  
проведении эндоскопического скрининга рака  
желудка.

Ключевые слова: ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ  
СКРИНИНГ РАКА ЖЕЛУДКА

UDC 616.33-007.17-072.1-089

**SCREENING ENDOSCOPY IN PATIENTS  
WITH GASTRIC CANCER RISK GROUP**

Guchetl' Timur Alexandrovich  
*Kuban state medical university, Krasnodar, Russia*

Korochanskaya Natalia Vsevolodovna, MD, prof.  
*City hospital Nr.2, Kuban state medical university,  
Krasnodar, Russia*

Guchetl' Alexandr Yakubovich, MD  
*City hospital Nr.2, Kuban state medical university,  
Krasnodar, Russia*

Onopriev Alexandr Vladimirovich, MD, prof.  
*Kuban state medical university, Krasnodar, Russia*

The review presented the experience of multiprofile  
hospital Nr. 2 and regional clinics of Krasnodar in  
endoscopy screening of gastric cancer.

Key words: ENDOSCOPY SCREENING OF  
GASTRIC CANCER

Несмотря на применение в хирургии различных технических приемов, направленных на повышение радикализма лечения рака желудка (РЖ), прогноз течения распространенных форм заболевания при использовании только оперативного метода лечения остается неудовлетворительным. Так, истинно радикальному оперативному вмешательству подвергаются 32-35% больных, в остальных случаях операция носит условно радикальный характер, что связано с ранним лимфогенным метастазированием РЖ. Определенный успех достигнут в хирургическом лечении пациентов с ранней стадией РЖ, а именно, при I - II стадии 5- и даже 10-летняя выживаемость составляют 80 - 95%. По-прежнему низкой (15 - 50%) остается выживаемость при III стадии заболевания [1-3].

В Российской Федерации применительно к злокачественным новообразованиям желудка в 2007 году, по сравнению с 2000 годом, возросла доля больных, выявленных активно (4,0% против 3,5% в 2000 году)[4]. В целом показатели активного выявления злокачественных новообразований в России неадекватны современным возможностям медицины и свидетельствуют о необходимости проведения специальных скрининговых программ.

Кроме Японии, программы скрининга РЖ официально не приняты ни в одной стране мира. Первичной профилактике РЖ мешают отсутствие четкого специфического причинного фактора и высокая стоимость программ [5]. Вторичная профилактика, кроме задачи ранней диагностики злокачественного процесса, включает методы адекватного лечения и контроля за предопухолевыми заболеваниями.

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 [6, 7].

Для улучшения макроскопической диагностики предраковых изменений слизистой оболочки желудка используются различные технологии. Так, Yang и соавт. [8] исследовали признаки атрофии и кишечной метаплазии при помощи увеличительной эндоскопии. При рутинном эндоскопическом исследовании хронический атрофический гастрит обычно выявляется лишь при выраженной атрофии, но при использовании увеличительного эндоскопа характерные изменения становятся заметными при более слабо выраженном атрофическом повреждении слизистой оболочки.

Другим способом повышения эффективности эндоскопической диагностики, позволяющим контрастно отобразить поражение слизистой оболочки и облегчить целенаправленный забор биоптатов, является использование витальных красителей для определения макроскопически невидимых или определяемых с трудом при рутинной эндоскопии изменений слизистой оболочки. В эндоскопических отделениях крупных медицинских центров в настоящее время в повседневной практике применяется метод хромоэзофагогастроскопии с растворами метиленового синего 0,5% и конго-рот 0,3%. Использование хромоэзофагогастроскопии позволяет определять различные типы воспаления слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ, выявлять эндоскопические варианты течения и заживления язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, с высокой точностью определять новообразования и их границы. Вместе с тем, до настоящего времени отсутствуют унифицированные подходы к скрининговой диагностике раннего рака и предраковых изменений слизистой оболочки желудка (СОЖ).

**Цель исследования:** выделить группы риска в отношении диспластических изменений СОЖ для скринингового эндоскопического исследования.

**Материал и методы исследования.** В соответствии с поставленной целью были обследованы 13255 больных с атрофическим гастритом, находившихся на лечении в Российском центре функциональной хирургической гастроэнтерологии (РЦФХГ), Краевой клинической больнице №1, МУЗ Городская больница №2 «КМЛДО» в 2007-2010 годах. В дальнейшем, в сроки с 2008 по 2010 годы, пациенты наблюдались в МУЗ Городская больница №2 «КМЛДО», Краевой клинической больнице №1. Среди обследованной группы пациентов было выявлено 224 случая диспластических изменений слизистой оболочки желудка.

В результате проспективного динамического наблюдения нами были выделены 2 группы больных. В 1-ю группу (95 человек) вошли пациенты с диспластическими изменениями слизистой оболочки желудка, по результатам патогистологического исследования (ПГИ) входящие в III категорию Венской классификации эпителиальных неоплазий пищеварительного тракта [9]. 2-я группа (34 человек) представлена больными, входящими в IV категорию Венской классификации эпителиальных неоплазий пищеварительного тракта [9].

Динамическое наблюдение пациентов включало хромоскопию, магнификационное эндоскопическое, эндоскопическое ультразвуковое исследования.

Статистическую обработку полученных данных проводили на IBM – персональном компьютере с использованием программ Microsoft Excel и STSTATISTICA 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 (25,6%). 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 фиброгастроуденоскопов GIF - 160 фирмы «Olympus». Макроскопическая оценка СОЖ при фоновом гастрите и полиповидных образованиях проводилась в соответствии с принципами Сиднейской системы и ее модифицированного варианта [10]. 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.

Таблица 1 - Направительные диагнозы выявленных диспластических изменений слизистой оболочки желудка

Диагноз при поступлении	Число больных чел.(%)	Диагнозы, верифицированные МГДС и гистологическим исследованием(%)	
		Аденоматозный полип и дисплазия 1-2 степени	Тяжелая дисплазия и высокодифференцированная аденокарцинома
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

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 2-3 фрагментов слизистой оболочки.

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

Диагностический алгоритм на этапе скрининговой диагностики и диспластических изменений слизистой желудка представлен на рис.1.

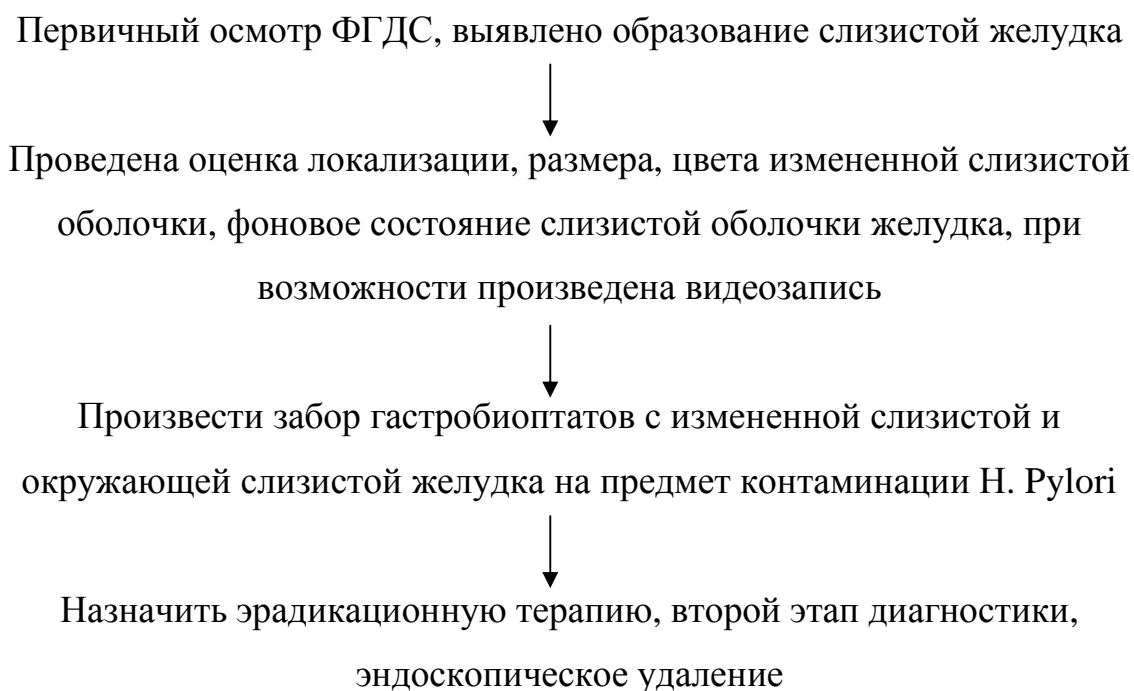


Рис.1 Диагностический алгоритм на этапе скрининговой диагностики диспластически измененной слизистой желудка.

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

Распределение пациентов по группам, согласно полученным результатам ПГИ используя Венскую классификацию эпителиальных неоплазий пищеварительного тракта

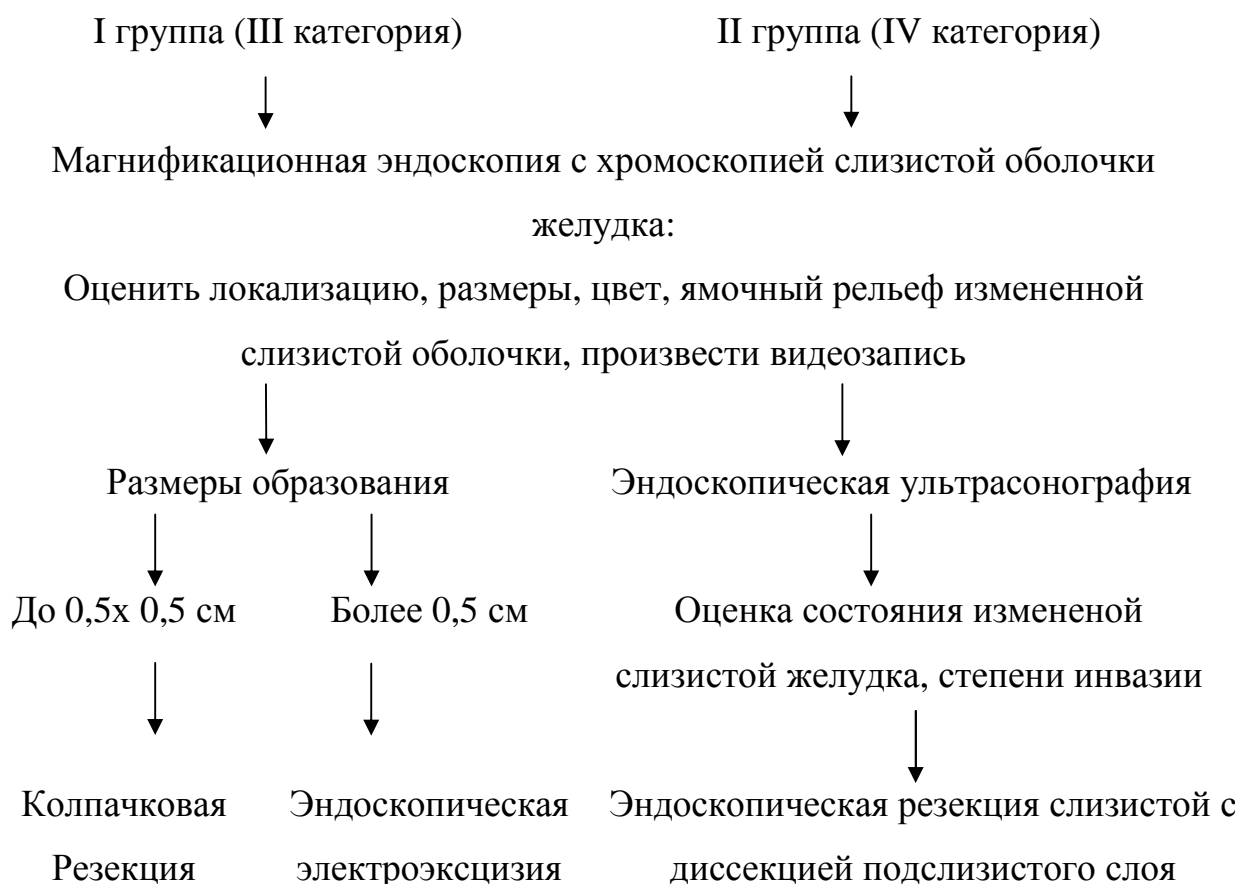


Рис.2. Диагностический и лечебный алгоритм на втором этапе лечения диспластических образований слизистой желудка.

Полиповидные образования были выявлены у 82 больных (63,6%), плоские поражения слизистой – у 36 (27,9%), эрозии – у 11(8,5%) (рис.3).

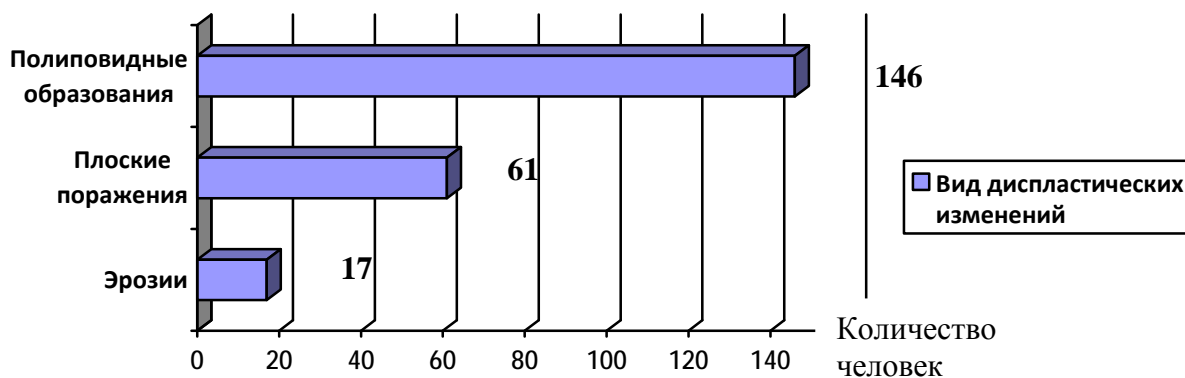


Рис. 3 Макроскопический вид диспластических изменений слизистой оболочки желудка.

Чаще всего диспластические изменения СОЖ обнаруживались в теле – 114 случая (65,1%), реже в антральном отделе желудка - 85 (34,9%) наблюдений.

Распределение диспластических изменений СОЖ по отделам желудка представлено на рисунке 4.

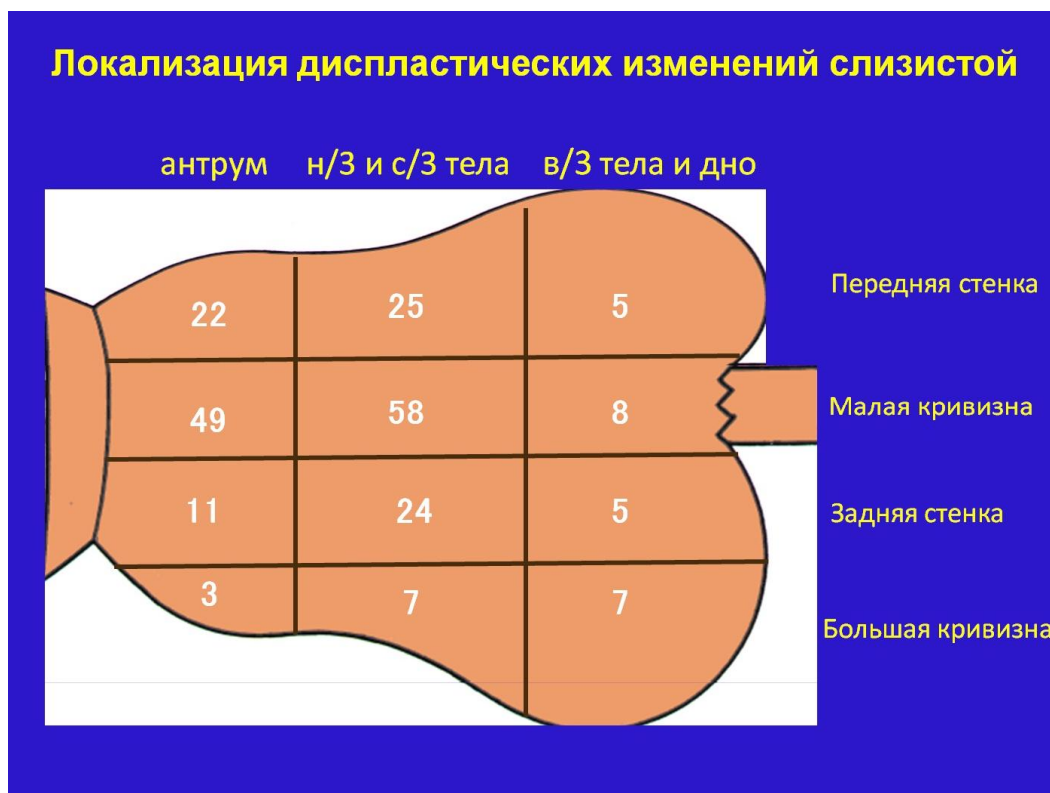


Рис.4. Распределение диспластических изменений слизистой оболочки по отделам желудка



В первую группу вошли 95 (73,6%) больных с диспластическими изменениями слизистой оболочки желудка, по результатам ПГИ входящие в III категорию Венской классификации эпителиальных неоплазий пищеварительного тракта [9]. Во вторую группу вошли 34 (26,4%) пациента с диспластическими изменениями слизистой желудка, по результатам ПГИ относящиеся к IV категории Венской классификации эпителиальных неоплазий пищеварительного тракта.

При выявлении очаговых изменений СОЖ для оценки степени контаминации производилась биопсия из антрального и фундального отделов желудка.

На рисунке 5 представлено распределение отследованных пациентов согласно степени контаминации НР СОЖ.

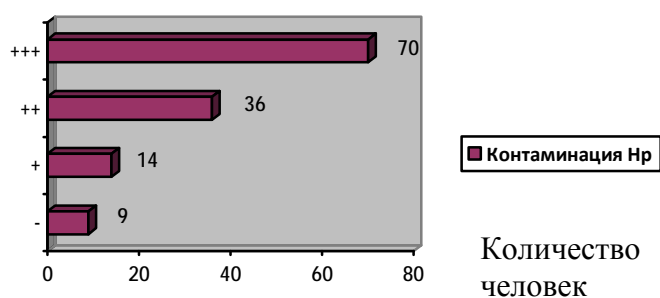


Рис.5 Степень контаминации *Helicobacter pylori* слизистой оболочки желудка обследованных пациентов.

Частота инфицированности НР у обследованных больных составила 93,0 % (у 129 пациентов), у одного больного эрадикационная терапия была проведена до обследования. Преобладали больные со степенью контаминации *H. Pylori* (+++).

Единичные хронические эрозии, плоские и полиповидные образования, обнаруживаемые при эндоскопическом исследовании, отнесенные к III группе Венской классификации дисплазий, имели вид округлых, овальных, неправильной формы плоских, бляшковидных или конусовидных экзофитных разрастаний СОЖ, мягкоэластичной

консистенции, со сглаженной вершущкой, располагавшихся на широком основании или узкой ножке. Диаметр образований варьировал от 0,3 до 2,5 см и в среднем равнялся 0,7 см. При этом наиболее часто – 80 случаев (62%) - диаметр диспластических изменений слизистой желудка колебался в пределах от 0,3 до 0,5 см. Размеры исследованных диспластических изменений слизистой желудка у двух групп пациентов представлены на рисунке 6.

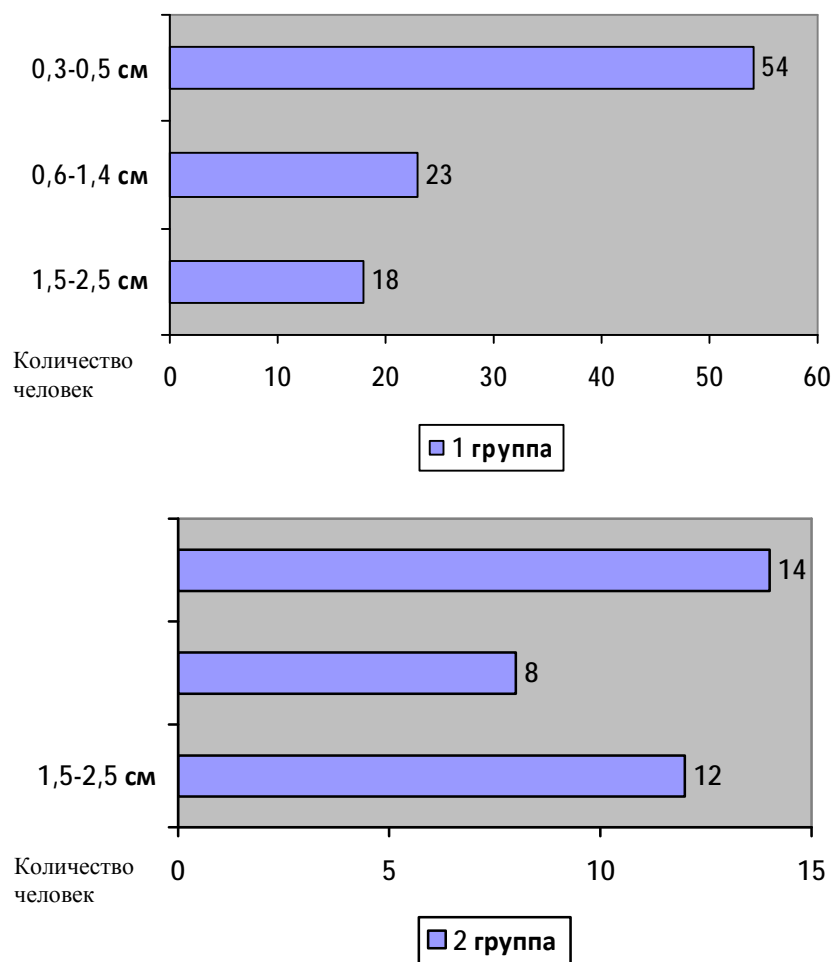


Рис. 6 Числовые изменения слизистой оболочки желудка

В 4 случаях (36,4%) на поверхности диспластически измененной слизистой оболочки желудка у двух групп пациентов обнаружены поверхностные дефекты округлой, овальной или неправильной формы размерами от 0,1 до 0,8 см с дном бледно-розового

цвета, покрытые полупрозрачными, белесовато-серыми наложениями в виде тонких пленок.

Распределение неоплазий IV категории Венской классификации эпителиальных неоплазий пищеварительного тракта было следующим: наибольшее их количество встречалось в теле – у 19 (14,7%) человек, в антральном отделе – у 15 (11,6%). У 25 пациентов выявлялись тяжелые диспластические изменения слизистой оболочки желудка, в девяти случаях обнаружены аденокарциномы *in situ* без инвазии в подслизистый слой. У всех 34 больных исследовались кусочки слизистой оболочки, которые были прицельно взяты во время гастроскопического исследования с применением хромокопии. Среди обследованных было 11 мужчин и 23 женщины. Соотношение между мужчинами и женщинами в данной группе составило соответственно 1:2,09. Возраст пациентов во второй группе колебался от 48 до 83 и в среднем равнялся 67, что было достоверно выше среднего возраста больных первой группы. Наиболее часто пациенты были обследованы на шестом и седьмом десятилетиях жизни (в 13 случаях).

Макроскопически изменения слизистой у второй группы представляли собой конусовидные (аденоматозные) или плоскоприподнятые (внутрислизистые аденомы) образования мягко-эластичной или плотноэластической консистенции с неровной дольчатой или ворсинчатой поверхностью на широком основании. Диаметр образований варьировал от 0,3 до 2,9 см и в среднем составлял 1,4 см. Этот показатель был вдвое больше среднего диаметра образований первой группы. Наиболее часто - в 14 (10,8%) случаях - диаметр диспластических изменений слизистой оболочки желудка колебался от 0,3 до 0,5 см.

**Заключение.** Проведенное исследование свидетельствует, что применение хромокопии при стандартных эндоскопических осмотрах 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, позволяет своевременно диагностировать пренеопластические изменения и ранний рак желудка.

### Литература

1. *Симонов Н.Н., Мяукина Л.М., Филин А.В.* Проблемы диагностики и рационального лечения раннего рака желудка // Практическая онкология, 2001.- N3.-С. 25-29.
2. *Roukos D.H., M.Lorenz, A. Encke* Evidence of survival benefit of extend lymphadenectomy in western patients with gastric cancer on a new concept // Surgery.-1998.-Vol.123(5).-P.573-578.
3. *Sasako M.J.* What is reasonable treatment for gastric adenocarcinoma? // Gastroent.-2000.-Vol.35.-P.116-120.
4. *Пепти Е. Б, Тесленко Л.Г., Воронова О.А., Цокур И.В.* Онкологическая служба края // БК «Группа Б» Краснодар, 2008.- 444с.
5. *Мерабишвили В.М.* Рак желудка: эпидемиология, профилактика, оценка эффективности лечения на популяционном уровне / В.М. Мерабишвили // Практическая онкология, 2007.- №3.- С. 3-8.
6. *Зырянов Б.Н., Коломиец Л.А., Тузиков С.А.* Рак желудка: профилактика, ранняя диагностика, комбинированное лечение, реабилитация.- Томск, 1998-528 с.
7. *Аруин Л.И.* Рак желудка // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 1999. - Т.9. - №1.-С. 67-72.
8. *Yang J.-M., Chen L, Fan Y.-L., Li X.-H., Yu X., Fang D.-C.* Endoscopic patterns of gastric mucosa and its clinicopathological significance // World J Gastroenterol. - C2003. - Vol.9(11). - P.2552-2556.
9. IARC Monographs on evaluation of cancerogenic risk.- Vol.61., Lyon, 1994.
10. *Аруин Л.И., Капуллит Л.Л., Исаков В.А.* Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М., 1998. – 484 с.