

6. Berthold D.R. Docetaxel plus prednisone or mitoxantrone plus prednisone for advanced prostate cancer: updated survival in the TAX 327 study // J Clin Oncol. – 2008. – №10. – Vol. 26(2). – P. 242-245.

7. Heidenreich A., Bolla M., Joniau S., van der Kwast T.H, Matveev VMason., M.D., Mottet N., Schmid H.-P., Wiegel T., Zattoni F.. Рекомендации по лечению рака предстательной железы. Европейская ассоциация урологов –М., 2011.

8. Kish J., Bukkapatnam R. The treatment challenge of hormone-refractory prostate cancer // Cancer Care. – 2001. – Vol. 8(6). – P. 487-495.

9. Oudard S. TROPIC: Phase III trial of cabazitaxel for the treatment of metastatic castration-resistant prostate cancer // Future Oncol. – 2011. – Vol. 7 (4). – P. 497–506.

10. Petrylak DP. Docetaxel and estramustine compared with mitoxantrone and prednisone for advanced refractory prostate cancer // N Engl J Med. – 2004. – №7 – Vol. 351(15). – P. 1513-1520.

11. Prostate Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up // Ann Oncol. – 2012.

12. Shigeta K., Miura Y., Naito Y., Takano T. Cabazitaxel for castration – resistant prostate cancer // Lancet. – 2011. – Vol. 377 ( 9760 ).– P. 122-123.

13. Wilkes G. Cabazitaxel, a taxane for men with hormone- refractory metastatic prostate cancer // Oncology (Williston Park) – 2010. – Vol. 24. – Suppl. 10. – P. 46-48.

## ЭНДОХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОЛИПАХ И РАННЕМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

**Т.В. Бочкова**

**ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет,  
кафедра онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии ИПО  
ГБУЗ Республиканский клинический онкологический диспансер, г. Уфа**

**Бочкова Татьяна Владимировна,**

аспирант кафедры онкологии с курсами онкологии  
и патологической анатомии ИПО,  
450075, Россия, Республика Башкортостан,  
г. Уфа, Пр. Октября, д. 73/1,  
e-mail: bochkova1976@bk.ru

Развитие эндоскопической техники в последние десятилетия позволило точнее диагностировать предраковые заболевания желудка, что явилось одним из факторов, способствующих успешному их лечению. Это, в свою очередь, стало причиной стабилизации и снижения заболеваемости раком желудка во многих странах мира, в том числе и в России, и эта тенденция сохраняется. Вместе с тем, рак желудка в нашей стране продолжает занимать одно из первых мест в структуре заболеваемости среди злокачественных опухолей и является одной из основных причин летальности. В результате внедрения в повседневную практику современных медицинских технологий стало реальным улучшение диагностики эпителиальных образований и раннего рака желудка, в связи с этим возрос интерес к эндоскопическим методам его лечения.

За последние годы малоинвазивные эндоскопические способы лечения заняли ведущее место не только в диагностике, но и в лечении различных заболеваний желудка. В настоящее время эндоскопические операции нашли широкое применение при доброкачественной патологии желудка и раннего рака желудка (РРЖ).

**Ключевые слова:** полип желудка, ранний рак желудка, эндохирургическая тактика, эндоскопическая резекция, слизистая, эндоскопическая диссекция, подслизистый слой.

## ENDOSURGICAL APPROACH IN TREATMENT OF POLYPUS AND EARLY CANCER OF STOMACH

**T.V. Bochkova**

Bashkir State Medical University,  
Oncology Chair with courses of Oncology and Pathoanatomy  
Republican Clinical Oncological Dispensary, Ufa, Russia

*In consequence of development of endoscopic technique in recent decades let more accurate diagnosticate precancerous of stomach, which was one of the factors, which promoted their successful treatment. This in turn produced stabilization and reduction of stomach cancer in many countries, including Russia and this trend continues. At once stomach cancer continues occupy one of the lead positions in structure of disease incidence among malignant tumors and is one of the fundamental reasons of mortality. In consequence of reduction to daily practice of modern medical technology, improvement of diagnosis of epithelial appearance and early cancer of stomach became real, in connection with this interest in endoscopic treatment methods increased.*

*Over recent years minimally invasive endoscopic treatment methods occupied the lead position not only in diagnosis but also in the treatment of various diseases of stomach. At the present time endoscopic operations become common use for benign pathology of stomach and early stomach cancer.*

**Keywords:** polypus of stomach, early stomach cancer, endosurgical approach, mucous, endoscopic mucosal resection, endoscopic dissection, submucosal thickness.

### Методики лечения полипов и раннего рака желудка

Основной технологией, которая применяется в настоящее время для полипэктомии, является электрохирургия током высокой частоты [8]. Преимущество таких операций очевидно. Они устраняют риск повторных вмешательств и анестезии, сокращают время суммарного пребывания больного в стационаре и сроки последующего лечения. Отпадает необходимость повторного обследования и предоперационной подготовки, повышается экономическая эффективность лечения [24]. Эндоскопические операции, направленные на удаление доброкачественных аденом пищеварительного тракта, являются радикальными вмешательствами, позволяющими предупредить развитие рака и кровотечения. Применение эндоскопической полипэктомии позволяет отказаться от сложных полостных хирургических вмешательств, летальность при которых составляет 3–5 %, особенно у больных пожилого возраста [17].

Для того чтобы применять эндоскопические способы лечения раннего рака желудка, необходимо адекватно определить его стадию, включая:

- тип опухоли согласно эндоскопической классификации;
- глубину инвазии;
- риск отдаленного лимфогенного метастазирования;
- морфологическую дифференцировку опухоли.

В настоящее время сформулированы абсолютные показания к эндоскопическому удалению раннего рака желудка путем мукозэктомии. Опухоль должна удовлетворять всем нижеперечисленным критериям:

- размер опухоли – 2 см для приподнятого подтипа рака;

- размер опухоли - менее 1 см для углубленного подтипа рака при отсутствии рубцовых изменений и изъязвлений;

- опухолевая инвазия – в пределах слизистой оболочки;

- высокодифференцированная аденокарцинома.

Эндоскопическая резекция слизистой (ЭРС) (endoscopic mucosal resection - EMR) занимает первое место среди методов эндоскопического лечения новообразований желудка, так как позволяет получить большой массив ткани, включающий опухоль, для детальной оценки ее морфологического строения и степени распространенности, что является определяющим в дальнейшей тактике лечения [21, 28].

Пятилетняя выживаемость пациентов с ранним раком желудка, оперированных традиционными способами, превышает 90 %. Аналогичных результатов можно достичь при ЭРС с учетом строгого соблюдения критериев отбора. По данным Н. Оно et al. (2001), риск метастазирования в лимфатические узлы при ЭРС меньше (0,36 %), чем при хирургическом лечении (0,5 %). В литературе не встречается указаний на случаи летального исхода от осложнений, связанных с эндоскопическим лечением. Кроме того, ЭРС значительно дешевле, чем открытая хирургическая операция [30]. Наиболее широко применяется ЭРС с помощью дистального колпачка [25]. Недостатком методики является невозможность удаления опухоли одним блоком при протяженности поражения более 1,5 см, что вынуждает выполнять резекцию в несколько этапов.

Основная суть эндоскопической резекции слизистой желудка состоит в приподнятии и удержании фрагмента слизистой, подлежащего иссечению. Выделяют два типа удаления – «при-

поднимание и резекция» и «присасывание и резекция».

Техника по типу «приподнимание и резекция» включает следующие варианты вмешательств:

- эндоскопическая резекция слизистой с использованием одноканального эндоскопа и полипэктомической петли - техника «стрип-биопсии» [9]
- эндоскопическая резекция слизистой с использованием двухканального эндоскопа, щипцов типа «аллигатор» и полипэктомической петли [26]
- эндоскопическая резекция слизистой с использованием одноканального эндоскопа, игольчатого электрода для предварительного рассечения слизистой и полипэктомической петли [27].

В группе методик «присасывание и резекция» используются:

- эндоскопическая резекция слизистой с использованием одноканального эндоскопа с надетым на его дистальный конец прозрачным колпачком и специально сконструированной тонкой полипэктомической петлей [25]
- эндоскопическая резекция слизистой полипэктомической петлей после лигирования подлежащего иссечению участка с помощью колец для эндоскопической перевязки варикозных вен пищевода [29].

При любой методике участок удаления приподнимается за счет подслизистого введения физиологического раствора по периферии поражения из трех или четырех точек с помощью стандартной эндоскопической инъекционной иглы. Это позволяет исключить захват глуболежащих слоев стенки желудка, кроме того, легкость отслаивания слизистой - косвенный признак небольшой глубины инвазии опухоли [12].

Для выбора метода резекции желудка при раннем раке необходимо принимать в расчет три главных параметра:

- локализация, размеры опухоли и количество ее очагов;
- вероятность лимфогенных метастазов;
- состояние слизистой желудка в других отделах опухоли.

Термин «эндоскопическая диссекция в подслизистом слое» (endoscopic submucosal dissection – ESD) появился в научной литературе с 2000 года. Он подразумевает методику, позволяющую выполнить резекцию раннего рака желудка единым блоком при протяженности поражения более 2 см. Важно, что ESD может быть выполнена даже после неудачной EMR [31]. Поскольку ESD дает возможность выполнять резекцию поражений любой конфигурации и размеров, имеются предпосылки для расширения критериев отбора пациентов для этих вмешательств. Моноблочную резекцию удается выполнить в 79-100 % наблюдений [16, 33]. Среднее время операции, по данным M. Tani et al. (2001), составляет 60 (10-540) минут. Для больших поражений время работы заметно больше.

Успехи современных эндоскопических методов ранней диагностики рака желудка в настоящее время открывают возможности для использования ма-

лоинвазивных методов лечения [7, 14]. Эндоскопические вмешательства менее травматичны. С точки зрения большинства специалистов, значительного улучшения результатов эндоскопической диагностики раннего рака желудка можно добиться только при соблюдении четырех основных положений:

- Тщательная визуальная оценка минимальных изменений слизистой оболочки с обязательной биопсией.
- Применение витальных красителей в процессе эндоскопического исследования (хромозендоскопия) для уточнения характера поражения и его размеров.
- Использование ультразвуковых эндоскопов для точной оценки глубины инвазии опухоли в стенку органа и выявления метастазов в регионарных лимфатических узлах.
- Применение в сложных случаях петлевой биопсии, позволяющей получать большой массив ткани для морфологического исследования.

К наиболее результативным методам следует отнести ступенчатую биопсию, эндоскопическую резекцию слизистой желудка [23].

Эндоскопическая резекция слизистой оболочки желудка является в настоящее время самой современной, наиболее эффективной, безопасной и информативной методикой диагностики, так как позволяет удалить участок опухолевой ткани с подслизистым слоем, что обеспечивает достоверную морфологическую диагностику полученного фрагмента ткани, облегчает проведение дифференциальной диагностики [11, 22].

Развитие лазерной техники дало возможность использовать её для радикального лечения раннего рака желудка. Основными пропагандистами этого направления являются японские авторы, сообщившие на международном симпозиуме в Токио в 1986 году о многочисленных случаях полной деструкции гистологически доказанных ранних форм рака желудка после воздействия АИГ-неодимового лазера. По их данным, показаниями для радикальной лазерной терапии могут служить: 1) первый тип - ранний рак желудка с распространением в пределах слизистой оболочки; 2) так называемая фокальная карцинома; 3) тип Па размерами менее 2 см в диаметре; 4) «гастритоподобный ранний рак желудка» размерами менее 2 см в диаметре. При остальных типах раннего рака желудка показания к эндоскопической лазерной терапии являются относительными, она оправдана при высоком риске оперативного вмешательства. В.В. Соколов с соавт. (2000г.) предложили при выборе лечения начальных форм рака органов дыхания и пищеварения придерживаться принципов последовательного или одномоментного использования нескольких факторов воздействия на опухоль с применением фотодинамической терапии [15].

Существуют различные способы и приемы деструкции раннего рака желудка [32]. Ю.П. Кувшиновым в 1988 году разработана лазерная методика удаления раннего рака желудка, результаты лечения которой, основываясь на косвенных эндоскопи-

ческих признаках, зависели от точного определения протяжения поражения по слизистой, по возможности - от глубины инвазии. При I и Pa типах рака границы опухоли определяются достаточно четко, а при П б точное определение границ затруднено. Автор предлагает производить биопсию из окружающей опухоль слизистой не менее чем на 0,5 см от видимой границы. Лазерная деструкция раннего рака производилась с 0,3-0,5 см при мощности от 40-50 Вт, удалялась не только сама опухоль, но и окружающая слизистая на участке до 0,5 см. При этом образовывался плоский язвенный дефект слизистой. Через 48 часов производилась диагностическая биопсия из ложа удаленной опухоли и краев язвенного участка. При наличии опухоли лазерная деструкция повторялась [13].

По мнению В.В. Соколова (1999), сфера применения лазерной техники в клинической онкологии позволяет решать множество терапевтических и хирургических задач. К ним относятся: подготовка к хирургической операции и лучевой терапии (лечение сопутствующего воспаления, остановка кровотечения из опухоли, удаление внутрипросветной части опухоли с восстановлением проходимости полого органа); лечение послеоперационных и постлучевых осложнений (воспаление, грануляции, свищи, ятрогенные стенозы и др.); удаление очагов тяжелой дисплазии, преинвазивного и микроинвазивного рака; удаление локальных резидуальных, рецидивных и ранних метастатических злокачественных опухолей; паллиативное лечение инкурабельных больных с метастатическими стенозирующими опухолями. Арсенал эндоскопических методов лечения, которыми пользовался автор, включает следующие способы удаления опухолей:

1. Высокочастотная электрорезекция и коагуляция.
2. Кс1:УАО-лазерная деструкция и выпаривание.
3. Фотодинамическая терапия.
4. Локальная инъекция противоопухолевых препаратов.
5. Сочетание вышеуказанных методик в комбинации с брахитерапией.

Проводится поиск новых схем адъювантной химиотерапии и химиолучевой терапии операбельного рака желудка [19].

### **Заключение**

Методы эндохирургического лечения недостаточно разработаны. Особенно это относится к большим полипам на широком основании. Нет единого мнения и в тактике лечения резидуальных полипов и ранних форм рака. Эндоскопические операции сопряжены с опасностью возникновения кровотечения, перфорации. Сдерживающим фактором при эндоскопическом лечении ранних форм рака желудка остается также опасность рецидива заболевания и отдаленное метастазирование, которое достигает при внутрислизистом росте 3%, а при росте опухоли в подслизистый слой эти показатели возрастают до 14%. Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости разработки доступных

и надежных способов эндохирургического лечения полипов и раннего рака желудка, что и определяет актуальность данной статьи.

### **Список литературы**

1. Аксель Е.М. Состояние онкологической помощи населению России и стран СНГ в 2005 г. // Вестник Российск. онколог, научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2005 г. / Под ред. Давыдова М.И., Аксель Е.М. - 2007. - Т. 18. - № 2. - Прил. 1. - С. 8-51.
2. Аксель Е.М., Давыдов М.И., Ушакова Т.Н. Статистика рака легкого, желудка и пищевода: состояние онкологической помощи, заболеваемость и смертность // Вестник Российской Академии медицинских наук. - 2001. - №9. - С. 61-70.
3. Амирова С.Х., Хамидова Ш.Н. Ультразвуковая диагностика рака желудка // Матер. V съезда онкологов и радиологов СНГ. - Ташкент, 2008. - С. 109.
4. Аруин Л.И., Каппуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. - М.: Триада-Х, 1998. - 496 с.
5. Балалыкин А.С., Луцевич О.Э., Сажин В.П., Оноприев А.В. и др. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. - М.: Изд-во ИМА-пресс, 1996. - 152 с.
6. Барышев А.Г. Заболеваемость и результаты лечения рака желудка // Современные технологии в онкологии: матер. VI Всерос. съезда онкологов. - М., 2005. - Т. 1. - С. 231.
7. Бегунов И.В., Гинсбург Г.А. К вопросу о тактике при полипах желудка // Вопросы организации онкологической помощи. - Свердловск, 1975. - С. 126-128.
8. Давыдов М.И. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000 г. / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель. - М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2002. - 281 с.
9. Давыдов М.И. Пробные и паллиативные операции (гастростомии, обходные эзофагогастроанастомозы и еюностомии) у больных раком проксимального отдела желудка / М.И. Давыдов, А.Б. Германов // Проблемы торакальной онкологии: материалы юбилейной науч. конф. - М., 1997. - С. 68-69.
10. Иншаков Л.Н., Хурцилова О.Г., Кузьмин - Крутецкий М.И., Зубовский Ю.Ю. Возможности оперативной эндоскопии желудочно-кишечного тракта // Диагностическая и лечебная эндоскопия в хирургической практике. - СПб., 1996. - С. 85-93.
11. Климачев В.В. Размер опухоли как фактор дооперационного прогноза при раке желудка / В.В. Климачев // Российский онкологический журнал. - 2003. - №2. - С. 19-21.
12. Куликов Е.П. Ближайшие результаты комбинированного лечения рака желудка / Е.П. Куликов, И.Д. Каминский, И.Б. Судаков // Высокие технологии в онкологии: материалы 5 Всероссийского съезда онкологов (Казань, 4-5 октября 2000 г.). - Казань, 2000. - С. 104-106.
13. Наседкина Т.В. Микрочипы в диагностике

онкологических заболеваний // Матер. X Рос. онколог, конгр. - М., 2006. - С. 102-104.

14. Петельникова Е.С., Ким Т.В., Ким Е.Г. Непосредственные результаты хирургического лечения рака желудка // Вопросы онкологии. - 2003. - Т. 49. - № 3. - С. 373-375.

15. Поддубный Б.К., Кувшинов Ю.П., Малихова О.А., Фролова И.П. Значимость хромоскопии, эндосонографии и увеличительной эндоскопии в решении диагностических проблем предопухоловой патологии и раннего рака желудочно-кишечного тракта // Современная онкология. - 2005. - №3. - С. 104-111.

16. Скворцов М.Б., Журавлев С.В. Значение динамического наблюдения за больными с полипами желудка // Акт. вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии. - Иркутск, 1988. - Ч. 1. - С. 15-17.

17. Скоропад В.Ю. Адьювантная химиотерапия и химиолучевая терапия операбельного рака желудка: современное состояние проблемы (обзор) / В.Ю. Скоропад // Вопросы онкологии. - 2004. - Т. 50. - №5. - С. 524-532.

18. Харченко В.П., Синев Ю.В., Бакулев Н.В., Наседкин Г.К. Сравнительная оценка эндоскопической полипэктомии методами радиоволновой хирургии и электроэксцизии // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2005 - Т. 15. - №3. - С. 62-65.

19. Хвастунов Р.А., Данилов С.П. Рак желудка: стандарты и индивидуальные аспекты тактики хирургического лечения // Современная онкология. - 2007. - Т. 9. - №1. - С. 58-65.

20. Черноусов А.Ф. Современное понятие хронической язвы желудка как предракового состояния / А.Ф. Черноусов // Хирургия. - 2004. - № 3. - С. 75-79.

21. Ahmad N.A., Kochman M.L., Long W.B. et al. Efficacy, safety and clinical outcomes of endoscopic mucosal resection: a study of 101 cases // Gastrointest. Endosc. - 2002. - Vol. 55. - № 3. - P. 360-366.

22. Aiko T., Sasako V. The new Japanese Classification of Gastric Carcinoma: Points to be revised // Gastric Cancer. - 1998. - № 1. - P. 25-30.

23. Choi H.J., Kim Y.H. et al. Three - dimensional Texture Analysis of Cell Carcinoma, Cell Nuclei for Computerized Automatic Crading // Jpn J. Clin. Oncol. - 2002. - Vol. 9. - P. 13-19.

24. Dijkhuizen S.M. Multiple hyperplastic polyps in the stomach: evidence for clonality and neoplastic potential // Gastroenterologie. - 1997. - Vol. 112. - №2. - P. 14-17.

25. Ell C., May A., Gossner L. et al. Endoscopic mucosection of early cancer and highgrade dysplasia in Barrett's esophagus // Gastroenterology. - 2000. - Vol. 118. - P. 670-677.

26. Kojima T., Parra-Blanco A., Takahashi H. et al. Outcome of endoscopic mucosal resection for early gastric cancer: Review of the Japanese literature // Gastrointest Endosc. - 1988. - Vol. 48. - P. 550-554.

27. Kunisaki C., Shimada H., Takahashi M. Ulcers and Gastritis // Hepato-gastroenterology. - 2001. - Vol. 48. - P. 294-298.

28. Lee H.J., Kirn Y.H., Kim W.H. et al. Phlegmonous Gastritis after Endoscopic Mucosal Resection // Jpn J Clin Oncol. - 2003. - Vol. 33. - P. 209-214.

29. May A., Gossner L., Pech O. et al. Intraepithelial high-grade neoplasia and early adenocarcinoma in short-segment Barrett's esophagus (SSBE): curative treatment using local endoscopic treatment techniques // Endoscopy. - 2002. - Vol. 34. - P. 604-610.

30. Miyamoto S., Muto M., Hamamoto Y. et al. A new technique for endoscopic mucosal resection with an insulated-tip endoscopic knife improves the completeness of resection of intramucosal gastric neoplasms // Gastrointest Endosc. - 2002. - Vol. 55. - P. 576-581.

31. Muto M. Endoscopic mucosal resection in the stomach using the insulated-tip needle-knife // Endoscopy. - 2005. - Vol. 37. - №2. - P. 178-182.

32. Yao K., Kato M., Fujisaki J. Techniques Using the Hemoglobin Index of the Gastric Mucosa // Endoscopy. - 2005. - Vol. 37. - №5. - P. 479-486.

## СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРНЫХ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ

**Л.З. Вельшер, М.Л. Стаханов, М.Р. Калинин, Ю.Ю. Горчак, К.А. Фирсов, О.А. Васильева, Г.Б. Ишевский, Г.П. Генс, С.Э. Цалко**

**ГБОУ ВПО Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет им. А.И. Евдокимова, кафедра онкологии и лучевой терапии  
НУЗ «Центральная Клиническая больница № 2 имени Н.А.Семашко» ОАО «РЖД», г. Москва**

**Вельшер Леонид Зиновьевич,**  
зав. кафедрой онкологии и лучевой терапии МГМСУ  
им. А.И. Евдокимова, руководитель Онкологического центра