

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННЕГО РАКА ЖЕЛУДКА

**А. А. Дыленок<sup>2</sup>,**  
**В. В. Рыбачков<sup>1</sup>,** доктор медицинских наук,  
**В. Н. Малашенко<sup>1</sup>,** доктор медицинских наук,  
**С. В. Кашин<sup>1</sup>,** кандидат медицинских наук,  
**Л. Б. Шубин<sup>1</sup>,** кандидат медицинских наук

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, 150000, Россия, г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5

<sup>2</sup> ГБУЗ ЯО «Клиническая онкологическая больница», 150054, Россия, г. Ярославль, пр. Октября, д. 67

**РЕЗЮМЕ** *Цель* – изучить ближайшие и отдаленные результаты эндоскопического лечения раннего рака желудка (РРЖ).

*Материал и методы.* Прослежены результаты эндоскопического лечения РРЖ у 128 больных. Диагноз ставился на основании данных фиброгастродуоденоскопии (ФЭГДС) в сочетании с хромогастроскопией, узкоспектральной увеличительной эндоскопией, а также результатами компьютерной томографии.

*Результаты и обсуждение.* У 128 больных при РРЖ выполнены малоинвазивные операции в виде эндоскопической резекции слизистой и подслизистой диссекции. В послеоперационном периоде у 2 пациентов развилось кровотечение из зоны эндоскопического вмешательства, у 2 больных после эндоскопической подслизистой диссекции – перфорация стенки желудка, потребовавшая хирургического вмешательства под общим обезболиванием. Пятилетняя выживаемость в наблюдаемой группе составила 92,2 %, причины смерти – декомпенсация сопутствующих заболеваний или наличие злокачественной опухоли другой локализации.

**Ключевые слова:** ранний рак желудка, эндоскопическое лечение.

\* Ответственный за переписку (corresponding author): [dylenok-onco@rambler.ru](mailto:dylenok-onco@rambler.ru)

Улучшение результатов лечения любого заболевания связано прежде всего с его ранней диагностикой. Наиболее отчетливо это проявляется при заболеваниях желудочно-кишечного тракта в связи с постоянным совершенствованием эндоскопических методов исследования. Реализация данного направления позволяет выявлять объемные образования желудка в начальной стадии их развития. За последние годы термин «ранний рак желудка» прочно закрепился в специальной литературе [1, 3]. По современным представлениям, РРЖ – это карцинома, ограниченная слизисто-подслизистым слоем, вне зависимости от наличия метастазов в региональных лимфоузлах [4–6].

Ранняя диагностика данного заболевания заставила пересмотреть классические подходы к

его хирургическому лечению, сместив акцент от объемных вмешательств в сторону малоинвазивных технологий. Согласно имеющейся информации, снижение хирургической агрессии не снижает радикальность оперативного пособия, при этом способствуя улучшению качества жизни пациентов и отдаленных результатов лечения [1, 3].

Однако имеющийся риск регионального метастазирования при РРЖ может отрицательно отразиться на отдаленных результатах лечения [7]. Оценка результатов отбора пациентов для применения эндоскопических методик лечения явилась целью проведения настоящего исследования [8].

*Цель* – изучить ближайшие и отдаленные результаты эндоскопического лечения РРЖ.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено на базе ГБУЗ ЯО «Клиническая онкологическая больница». В исследование включены 128 пациентов (64 мужчины и 64 женщины), средний возраст –  $68,5 \pm 9,2$  года.

Диагноз РРЖ устанавливался на основании данных гастроскопии в сочетании с хромогастроскопией, узкоспектральной увеличительной эндоскопией, подтверждался морфологическим исследованием биоптата, а также результатов компьютерной томографии.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентам выполнялась либо эндоскопическая резекция слизистой желудка с опухолью (EMR), либо эндоскопическая подслизистая диссекция (ESD). Показанием для эндоскопического лечения являлось наличие у пациента РРЖ I–II типов по Парижской классификации, размером не более 20 мм, морфологически верифицированного как аденокарцинома, за исключением недифференцированных её форм.

По данным эндоскопического исследования размер выявленных патологических очагов составил в среднем  $17,1 \pm 7,2$  мм.

При выполнении эндоскопии с увеличением в узкоспектральном режиме у 118 (92,2 %) больных было выявлено разрушение рисунка слизистой оболочки и изменения микрососудистого русла, в 10 (7,8 %) случаев – отсутствие рисунка слизистой.

Выявленные новообразования были классифицированы по Парижской классификации опухолевых поражений желудочно-кишечного тракта (табл.).

В 81 случае пациентам выполнена эндоскопическая резекция слизистой желудка с опухолью (EMR), в оставшихся 47 случаев – эндоскопическая подслизистая диссекция (ESD).

При морфологическом исследовании высокодифференцированная аденокарцинома выявлена у 59,4 % больных, умереннодифференцированная – у 31,2 %, низкодифференцированная – у 9,4 %, недифференцированная аденокарцинома не диагностирована. Лимфоваскулярная инвазия имела место у 4 пациентов после подслизистой диссекции. Глубина инвазии опухоли на уровне m2–m3 отмечена в 86 % случаев. У 2 (2,4 %) больных после эндоскопической резекции слизистой с опухолью был получен положительный горизонтальный край резекции. После эндоскопической подслизистой диссекции у 2 (4,3 %) пациентов при морфологическом исследовании операционного материала выявлен положительный вертикальный край резекции.

В послеоперационном периоде после выполнения EMR в 1 (1,2 %) случае развилось кровотечение из зоны эндоскопического вмешательства, которое было ликвидировано выполнением эндоскопического клипирования источника кровотечения. В группе ESD у 1 (2,1 %) пациента также развилось кровотечение, остановленное

**Таблица.** Типы опухоли по Парижской классификации

Тип новообразования	Число пациентов	
	абс.	%
0–I p	22	17,2
0–I s	2	1,6
0–II a	40	31,2
0–II b	6	4,7
0–II c	18	14,1
0– II a+II c	40	31,2
0–III	–	–
Итого	128	100

эндоскопическим клипированием и у 2 (4,2 %) – перфорация стенки желудка, потребовавшая хирургического вмешательства под общим обезболиванием. Данные осложнения отнесены к III классу по Clavien – Dindo [9]. В группе ESD количество осложнений достоверно отличалось от такового в группе EMR. Более высокая частота перфораций при выполнении ESD объясняется стремлением врача при выполнении вмешательства избежать положительного края резекции и встречалась на ранних этапах освоения методики, что согласуется с данными литературы [7]. Послеоперационной летальности не было.

Все 128 (100 %) пациентов пережили период в год, 122 (95,3 %) – 24 месяца. К сроку в три года умерли 8 больных (6,2 %). В ходе дальнейшего наблюдения в период от 5 до 7 лет умерли

еще 2 (1,6 %) пациента. В ходе анализе причин смерти установлено, что 8 пациентов умерли от декомпенсации сопутствующих заболеваний, прогрессирование опухолевого процесса не зарегистрировано ни у одного из обследованных, еще у 2 была выявлена злокачественная опухоль другой локализации, которая и стала причиной смерти. Таким образом, у 92,2 % обследованных установлена пятилетняя выживаемость.

## ВЫВОДЫ

1. Анализ результатов эндоскопического лечения свидетельствует о его эффективности и безопасности и невысокой частоте послеоперационных осложнений при РРЖ.
2. После эндоскопического лечения раннего рака желудка пятилетняя выживаемость пациентов составила 92,2 %.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гусейнов А.З., Истомин Д.А., Гусейнов Т.А. Объем оперативных вмешательств при раке желудка: современные тенденции. Вестник новых медицинских технологий. 2013;1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obem-operativnyh-vmeshatelstv-pri-rake-zheludka-sovremennye-tendentsii> (дата обращения: 15.05.2022).
2. Давыдов М.И., Туркин И.Н., Левицкий А.В., Мочальникова В.В., Давыдов М.М., Чекини А.К. Клинико-морфологические особенности и результаты хирургического лечения мультицентричного раннего рака желудка. Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2009;2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kliniko-morfologicheskie-osobennosti-i-rezultaty-hirurgicheskogo-lecheniya-multitsentrichnogo-rannego-raka-zheludka> (дата обращения: 15.05.2022).
3. Злокачественные новообразования в России в 2016 г. (заболеваемость и смертность) ; ред. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Москва; МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2018.
4. Куваев Р.О., Кашин С.В., Никонов Е.Л., Itoh T, Gotoda T, Gono K. Ранний рак желудка: современные методики скрининга, эндоскопической диагностики и малоинвазивного лечения. Доказательная гастроэнтерология. 2014;3(3):44-51.
5. Куваев Р.О., Кашин С.В., Ито Т., Галкова З.В., Гончаров В.И., Крайнова Е.А. Мультицентричный ранний рак желудка: особенности эндоскопической диагностики и выбор тактики лечения. Доказательная гастроэнтерология. 2016;5(2):35-47. <https://doi.org/10.17116/dokgastro20165235-47>.
6. Куваев Р.О., Кашин С.В., Никонов Е.Л., Крайнова Е.А., Itoh T. Особенности эндоскопической диагностики и тактики лечения при раннем раке желудка недифференцированного морфологического строения. Доказательная гастроэнтерология. 2015;4(1):25-30. <https://doi.org/10.17116/dokgastro201541-225-30>.
7. Ko WJ, Kim YM, Yoo IK, Cho JY. Clinical outcomes of minimally invasive treatment for early gastric cancer in patients beyond the indications of endoscopic submucosal dissection. Surgical Endoscopy. 2018;32:3798-3805. <https://doi.org/10.1007/s00464-018-6105-4>.
8. Association JGC. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4). Gastric Cancer. 2017;20:1-19.

**RESULTS OF ENDOSCOPIC TREATMENT FOR EARLY STOMACH CANCER****A. A. Dylenok, V. V. Rybachkov, V. N. Malashenko, S. V. Kashin, L. B. Shubin****ABSTRACT** *Objective* – to study the nearest and long-term results of endoscopic treatment for early stomach cancer (ESC).*Material and methods.* The results of endoscopic treatment for ESC in 128 patients were studied. The diagnosis was made by fibrogastroduodenoscopy (FGDS) in the combination with chromogastroscopy, narrow band imaging, high-magnification endoscopy, and the results of computer tomography.*Results and discussion.* Minimally invasive operations such as endoscopic resection of mucosal and submucosal dissections were performed in 128 patients with ESC. In the post-operative period the bleeding from the zone of endoscopic intervention was developed in 2 patients, perforation of stomach wall which required surgical intervention with general anaesthesia – in 2 patients after endoscopic submucosal dissection. Five-year survival rate in the examined group is amounting to 92,2 %, the causes of death – decompensation of concomitant diseases or presence of malignant tumor of other localization.**Key words:** early stomach cancer, endoscopic treatment.