

На правах рукописи

Курушкина Наталья Андреевна

ЭНДОСОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ВЫБОРЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ
ПРИ ПОДСЛИЗИСТЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

14.01.17 – Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2014

**Работа выполнена в ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Старков Юрий Геннадьевич

Официальные оппоненты:

Хрусталева Марина Валерьевна - доктор медицинских наук, заведующий эндоскопическим отделением ФГБУ «Российский Научный Центр Хирургии им. акад. Б.В. Петровского» РАМН

Орлов Станислав Юрьевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии и лучевой диагностики педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, заведующий эндоскопическим отделением МУЗ «Городская клиническая больница № 4»

Ведущая организация: ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр» Департамента здравоохранения г. Москвы

Защита состоится « » _____ г. в _____ часов

на заседании диссертационного совета Д.208.124.01 при ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Адрес: 117977, Москва, ул. Б. Серпуховская, дом 27.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автореферат разослан « ____ » _____ 2014 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук

Шаробаро Валентин Ильич

Актуальность темы исследования

Подслизистые новообразования желудочно-кишечного тракта – это полиморфная группа опухолей, которая включает в себя опухоли мышечного, невrogenного, сосудистого и смешанного происхождения, а также пороки развития в виде эктопии поджелудочной железы и дубликационных кист. Их общим признаком является локализация патологического очага под слизистой оболочкой стенки полого органа.

Встречаемость подслизистых новообразований невысока и в среднем составляет 0,4% от всех эндоскопических исследований (Ries L, 1999). Наиболее частой локализацией подслизистых новообразований является желудок (60%), реже пищевод (30%) и двенадцатиперстная кишка (10%) (Polkowski M, 2005).

Долгое время подслизистые новообразования расценивались как абсолютно доброкачественные и не подлежали удалению. Важной вехой, повлиявшей на смену диагностической и лечебной тактики, можно считать 1983 год, когда в отдельную группу были выделены потенциально злокачественные гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) (Yasuda K., 1989; Shen E.F. 2002; Rosch T., 2002; Zhao X, 2012).

При подозрении на наличие подслизистого новообразования необходимо дифференцировать их от сдавления органа извне. Это возможно с помощью лучевых методов исследования, таких как ультразвуковое исследование брюшной полости, компьютерно-томографическое и магнито-резонансное исследования, но их точность в определении органной принадлежности опухоли не высока (не более 30%) (Zhang JI, 1998; Futagami K., 2001).

В зарубежной литературе представлено значимое число публикаций, посвященных вопросам эндосонографической диагностики подслизистых новообразований и определению дальнейшей лечебной тактики. В русскоязычной литературе публикаций, посвященной данному вопросу немного, они

преимущественно посвящены вопросам диагностики и лечения гастроинтестинальной стромальной опухоли.

Необходимость дальнейшего научно-клинического разрешения вопросов диагностического алгоритма при выявлении подслизистых новообразований и оценки критериев отбора пациентов на динамическое наблюдение или хирургическое лечение явились основанием для выполнения данной работы.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с подслизистыми новообразованиями верхних отделов желудочно-кишечного тракта, путем совершенствования методики выполнения эндосонографии, систематизации и оценки эндосонографических признаков подслизистых новообразований с последующим определением лечебной тактики.

Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи:

1. Систематизировать и стандартизировать эндосонографическую семиотику подслизистых новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта.
2. Модифицировать методику выполнения эндосонографии при подслизистых новообразованиях верхних отделов желудочно-кишечного тракта.
3. Изучить роль и значение эндосонографии в определении лечебной тактики больных с подслизистыми новообразованиями верхних отделов желудочно-кишечного тракта.
4. Разработать лечебно-диагностический алгоритм при выявлении подслизистых новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Научная новизна

В работе произведена систематизация и оценка эндосонографических признаков подслизистых новообразований.

Рассчитана чувствительность, специфичность и точность эндосонографии в диагностике подслизистых новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Проведен сравнительный анализ результатов корреляции эндосонографических признаков и данных морфологических исследований.

Сформулирован лечебно-диагностический алгоритм предоперационного обследования, а также определены критерии отбора пациентов к выполнению определенного оперативного вмешательства или на динамическое наблюдение.

Практическая значимость

Сформулированная в работе эндосонографическая семиотика позволяет дифференцировано подходить к отбору пациентов для выполнения наиболее оптимального объема и метода оперативного вмешательства или динамическое наблюдение.

Предложена к практическому применению модифицированная методика выполнения эндосонографии при подслизистых новообразованиях верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

На основании выполненного исследования, разработан лечебно-диагностический алгоритм при выявлении подслизистых новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта, который может быть рекомендован для применения в практическом здравоохранении с соблюдением основных методических рекомендаций.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Эндосонография является обязательным методом в диагностике подслизистых новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта, позволяя с высокой точностью определять не только морфологическую природу новообразований, но и определять как органную принадлежность опухоли, так и их принадлежность относительно к слоям стенки желудочно-кишечного тракта.

2. Адекватная интерпретация эндосонографических критериев позволяет максимально рационально подходить к лечению пациентов с подслизистыми новообразованиями.

Апробация работы

Основные положения и материалы диссертации представлены в виде докладов на следующих научных конференциях и съездах: «Эндоскопическая ультрасонография и тактика хирургического лечения больных с подслизистыми новообразованиями верхних отделов желудочно-кишечного тракта» Сателлитный симпозиум по гибкой эндоскопии в рамках XIV Съезда Общества Эндоскопических Хирургов России, - Москва, 18 февраля 2011 г; Лечение новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта методом диссекции в подслизистой слое». XV Московский Международный Конгресс по эндоскопической хирургии. Москва, 21 апреля, 2001 г; «Laparoscopic surgery of stomach and duodenum gastrointestinal stromal tumors. The New Horizons in treatment of hepatopancreatico duodenal cancer and gastrointestinal stromal tumors». International Conference and CME Postgraduate course. Moscow, September 7-10, 2011; «Тактика хирургического лечения подслизистых образований верхних отделов желудочно-кишечного тракта. III Дальневосточная окружная научно-практическая конференция с международным участием «Новые технологии эндоскопической диагностики и малоинвазивных методов лечения». г. Владивосток 6-7 октября, 2011г; «Лапароскопическое удаление гастроинтестинальных стромальных опухолей желудка и двенадцатиперстной кишки». Секция молодых ученых XV Российского Съезда Общества Эндоскопических Хирургов России, 15-17 февраля 2012; «Эндосонографическая диагностика и лечебная тактика при подслизистых новообразованиях верхних отделов ЖКТ». 19-ая российская гастроэнтерологическая неделя: «Практические вопросы современной эндоскопии». 1 октября, г. Москва; «Оценка точности эндосонографии в диагностике подслизистых новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта». XII Всероссийская конференция молодых ученых

«Актуальные вопросы экспериментальной и клинической онкологии», 8-9 ноября 2013.

Результаты исследования доложены на заседании проблемной комиссии по «Хирургии органов брюшной полости» ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского» Минздрава России от 23 июля 2013г.

Полнота опубликования в печати

По теме диссертационной работы опубликовано 13 научных работ в российской и зарубежной периодической медицинской печати и сборниках научных работ, отражающих содержание диссертации, из них 5 - в журналах, входящих в перечень рецензируемых научных изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией России.

Внедрение результатов диссертации в практику

Результаты диссертации внедрены в практику хирургического эндоскопического отделения ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России в виде разработанного алгоритма обследования и лечения пациентов с подслизистыми новообразованиями верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Структура и объем работы

Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, приложения, списка сокращений и списка литературы. Список литературы включает 152 источника, из них 22 отечественных и 130 зарубежных. Диссертация изложена на 108 страницах машинописного текста, содержит 9 таблиц и 30 рисунков.

Содержание работы

Клинические наблюдения и методы

В настоящем исследовании в период с сентября 2005 года по январь 2012 года в Институте хирургии им. А.В. Вишневского было обследовано **82 пациента** с подозрением на наличие подслизистых новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Критериями включения в исследование было подозрение на наличие подслизистого новообразования пищевода, желудка или двенадцатиперстной кишки и выполнение эндосонографии. Распределение пациентов по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1 - Распределение пациентов по полу и возрасту

ВОЗРАСТ	МУЖЧИНЫ		ЖЕНЩИНЫ		ВСЕГО	
	п	%	п	%	п	%
25-44	7	8,5	11	13,4	18	21,9
44-60	7	8,5	22	26,8	29	35,3
60 и старше	8	9,8	27	33,0	35	42,8
Итого	22	26,8	60	73,2	82	100

В представленном исследовании наиболее часто подслизистые новообразования были расположены в желудке – 53 (64,6%), далее в пищеводе – 15 (18,3 %) и двенадцатиперстной кишке - у 14 (17,1%) из 82 пациентов, соответственно (таблица 2).

Таблица 2 - Распределение новообразований верхних отделов ЖКТ по локализации

Локализация	Пациенты n (%)
<i>Пищевод</i>	15 (18,3)
<i>Желудок</i>	53 (64,6)
<i>Двенадцатиперстная кишка</i>	14 (17,1)
<i>Всего:</i>	82 (100)

Аппаратура и инструменты

Все эндосонографические исследования выполняли с помощью цифровой видеоэндоскопической системы фирмы Fujinon серии 4400 и 4450 с ультразвуковыми процессорами SU-7000 и SU-8000, соответственно.

Методика выполнения эндосонографии при подслизистых новообразованиях верхних отделов ЖКТ

Пациентам, проходившим исследование в амбулаторном порядке, непосредственно перед исследованием проводили местную анестезию глотки 10% раствором лидокаина в форме спрея. Госпитализированным пациентам за 30 минут до исследования проводили премедикацию препаратами атропина (п/к) и диазепама (в/м). На дистальный конец ультразвукового эндоскопа наносился смазочный препарат, в состав которого также включен лидокаин («Катеджель»).

Исследование начинали в положении пациента на левом боку. Ультразвуковой эндоскоп вводили в пищевод под визуальным контролем. Далее аппарат проводили к «зоне интереса» с минимальной инсuffляцией воздуха, поскольку всем пациентам перед эндосонографией выполнялась ЭГДС с подробным описанием локализации новообразования относительно органа, его отделов и стенок.

В зависимости от расположения и размера подслизистого новообразования в различных отделах верхнего отдела ЖКТ были применены различные методы контакта ультразвукового датчика и новообразования:

1. Непосредственный контакт датчика с изучаемым новообразованием

2. Баллонный метод, заключающийся в заполнении водой латексного баллона, находящегося на дистальном конце аппарата в области нахождения ультразвукового датчика. Это методика позволяла обеспечить проводящую среду для ультразвуковых волн, увеличивая так называемое «акустическое окно» с целью создания оптимального расстояния между новообразованием и ультразвуковым датчиком.

3. Метод заполнения просвета желудочно-кишечного тракта деаэрированной водой, также с целью создания оптимальных условий для формирования акустической среды, а также расправления стенок желудка и двенадцатиперстной кишки.

4. Комбинированный метод, сочетающий указанные выше методы.

В работе подробно изложена модифицированная методика проведения эндосонографии, сочетающая в себе не только разнообразные методики контакта ультразвукового датчика с исследуемым новообразованием, но и включающая полипозиционное исследование (в зависимости от локализации опухоли).

Результаты исследования

Проанализировав данные мировой литературы, а также с накоплением собственного опыта, порядок действий при выполнении эндосонографии представлен в виде последовательного решения следующих задач исследования:

I. Проведение дифференциальной диагностики между наличием новообразования стенки верхних отделов ЖКТ и сдавлением извне.

II. Оценка новообразования по следующим критериям:

1. максимальный размер;

2. слой, из которого исходит новообразование (мышечная пластинка слизистой оболочки, подслизистый слой, собственно мышечный слой);

3. наружный контур (ровный / неровный);

4. эхогенность (анэхогенное / гипоэхогенное / повышенной эхогенности);

5. внутренняя эхо-структура (однородная / неоднородная с наличием анэхогенных полостей, зон повышенной эхогенности, гиперэхогенных включений, смешанное за счет наличия полостей и гиперэхогенных включений);

6. сосуды новообразования (визуализируются / не визуализируются);

7. дифференцировка слоев (нарушена / не нарушена);

8. оценка регионарных лимфатических узлов (увеличены / не увеличены).

III. Интерпретация и анализ полученных результатов.

Для удобства анализа всех эндосонографических критериев, а также основных принципов отбора пациентов на тот или иной вид вмешательства, исследуемых пациентов (n=82) разделили на **3 условных группы**:

1. Пациенты, у которых диагноз подслизистого новообразования по результатам эндосонографии был исключен (n=8 (9,8%))

2. Пациенты, находившиеся под динамическим наблюдением:

2а.) Из общего количества пациентов, у которых за период наблюдения **не отмечено** увеличение размеров новообразований и изменение внутренней эхоструктуры (n=17 (20,7%)).

2б.) Из общего количества пациентов, у которых на протяжении за период наблюдения **отмечено** увеличение размеров новообразований, изменение внутренней эхоструктуры, и в дальнейшем оперированных (n=11 (13,4%)).

3. Пациенты, которым по результатам эндосонографии сразу было рекомендовано оперативное лечение (n=46 (56,1%)).

В первой группе, состоявшей из 8 человек, диагноз подслизистого новообразования был отвергнут путем выявления экстраорганной компрессии (селезеночная артерия, ткань селезенки, печени) (Рисунок 1).

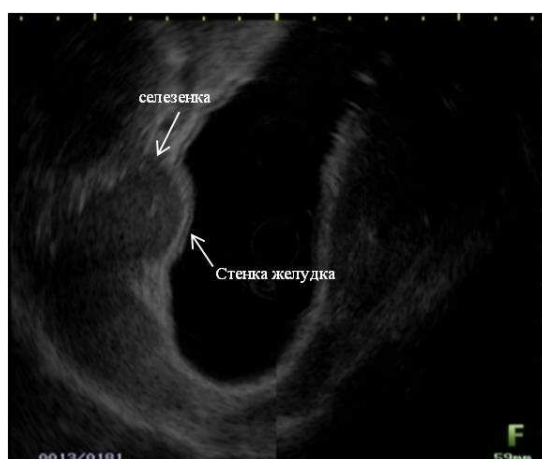


Рисунок 1 – Сдавление стенки желудка извне, за счет прилегания полюса селезенки

В подгруппе 2а., состоявшей из 17 человек, опираясь на эндосонографические признаки, новообразования данной условной группы были определены как доброкачественные.

Все новообразования имели ровный контур, однородную структуру (за исключением 2 новообразований), медианный размер 1,2см. Предположительно новообразования являлись лейомиомами (n=11 – 64,7%), aberrantными поджелудочными железами (n=2=11,8%), липомами (n=2 – 11,8%), дубликационной кистой (n=1-5,9%) и в одном наблюдении (n=1-5,9%) проводили дифференциальную диагностику между наличием aberrантной поджелудочной железы и ГИСО. У 9 (52,9%) пациентов подслизистые новообразования локализовались в пищеводе, у 6 (35,3%) – в желудке и у 2 (11,8%) в двенадцатиперстной кишке. За данными пациентами проводится активное динамическое наблюдение, изменений размеров и внутренней эхо-структуры не выявлено.

Известный факт, что наиболее часто ГИСО локализуются в желудке (51-70%), в тонкой кишке (25-36%), реже – в толстой кишке и аппендикулярном отростке (5-7%), и только от 1-3% ГИСО выявляют в пищеводе (Carney A., 1999; Анурова О.А., 2006). В данной группе у 9 (52,9%) пациентов новообразования локализовались в пищеводе, исходили из мышечного слоя, имели ровные контуры

и однородную структуру, что позволило нам предположить диагноз лейомиомы, а длительное наблюдение без регистрации отрицательной динамики (от 1 года до 4 лет) позволило сделать косвенный вывод, о том что диагноз был установлен правильно. Диагноз липомы и дубликационной кисты не вызывал сомнений, поскольку их эхогенность (повышенная эхогенность и анэхогенность, соответственно) является патогномичным для данных видов опухолей (Рисунок 2 и Рисунок 3). У 2 новообразований с выявленной неоднородной структурой в данной группе предположительный диагноз был эктопия ткани поджелудочной железы, неоднородность объяснялась анатомическим строением, характерным для поджелудочной железы.



Рисунок 2 – Липома антрального отдела желудка

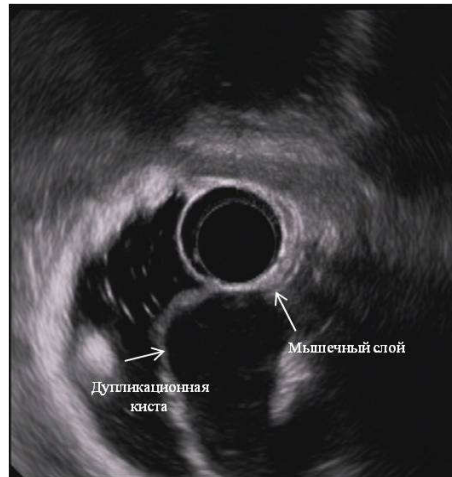


Рисунок 3 – Дупликационная киста нижней трети пищевода

Подгруппа 2б наиболее демонстративна в оценке значимости метода эндосонографии в определении тактики при подслизистых новообразованиях верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Данная подгруппа состояла из 11 пациентов, у которых в разные сроки наблюдения удалось выявить увеличение размеров (n=10) и изменение внутренней эхо-структуры новообразований (n=1), что позволило радикально изменить тактику лечения (Рисунок 4 и Рисунок 5).

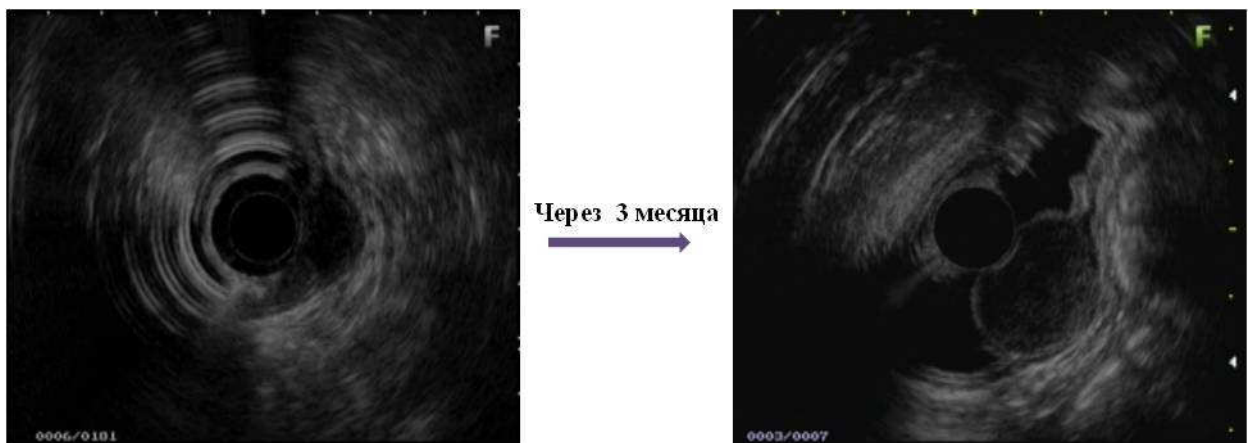


Рисунок 4 – Отрицательная динамика в виде увеличения подслизистого новообразования в размере

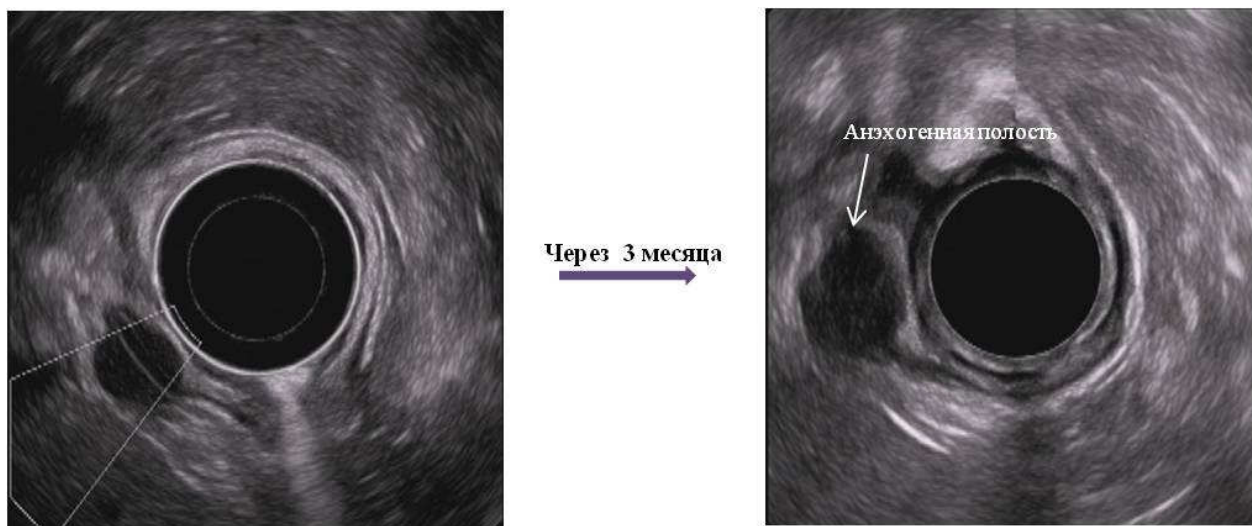


Рисунок 5 – *Отрицательная динамика в виде изменения внутренней эхоструктуры подслизистого новообразования*

У 7 (63,6%) пациентов новообразования локализовались в желудке, по 2 (18,2% и 18,2%) в пищеводе и двенадцатиперстной кишке. Предположительный диагноз лейомиомы был у 2 (18,2%) пациентов, ГИСО – также у 2 (18,2%) пациентов, дупликационная киста – у 1 (9,1%), еще у 2 (18,2%) пациентов были выявлены липомы, фиброма и aberrантная поджелудочная железа – по одному наблюдению (9,1 и 9,1%). Еще в двух наблюдениях (18,2%) диагноз требовал проведения дифференциальной диагностики между лейомиомой и ГИСО. При морфологическом исследовании в исследуемой подгруппе диагноз ГИСО удалось установить в трех наблюдениях, а в остальных наблюдениях удалить доброкачественные подслизистые новообразования с тенденцией к росту.

Далее были проанализированы все хирургически удаленные подслизистые новообразования, соответственно из подгруппы 2б (n=11) и из группы 3 (n=46). Наиболее частым предположительным диагнозом был ГИСО – 28 (49,1%), вторым по частоте встречаемости был диагноз лейомиомы – 10 (17,5%), в 6 (10,5%) наблюдениях проводили дифференциальный диагноз между лейомиомой и ГИСО.

Предположительный диагноз доброкачественных подслизистых новообразований, таких как липомы, дупликационные кисты, aberrантные

поджелудочные железы, аденома бруннеровых желез, фиброма были в 6 (10,5%), 2 (3,5%), 2 (3,5%), 1 (1,7%) и 2 (3,5%) наблюдениях, соответственно.

В оперированной группе диагноз ГИСО был установлен в 29 наблюдениях. Значимыми предикторами ГИСО были признаки неоднородной внутренней эхоструктуры и неровность контура новообразований. Данные признаки были выявлены в 23 (79,3%) и 19 (65,5%) наблюдениях, соответственно.

Доступ и вид оперативного вмешательства определяли в зависимости от предположительного диагноза и принадлежности подслизистого новообразования к слою стенки ЖКТ (Рисунок 6).

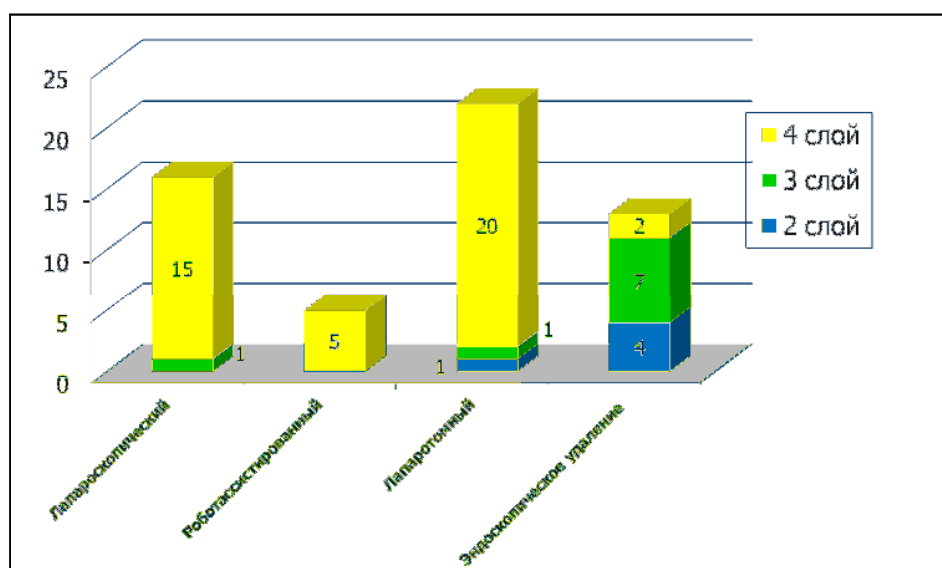


Рисунок 6 - Варианты хирургических доступов

При предположительном диагнозе ГИСО, дифференциальном диагнозе между лейомимой и ГИСО, а также лейомиом желудка и двенадцатиперстной кишки, исходящих из мышечного слоя, выполняли полнослойные резекции стенки органа, несущего опухоль. Виды оперативных вмешательств зависели от локализации подслизистых опухолей в просвете ЖКТ. При расположении новообразований в желудке, вне зависимости от локализации относительно стенок, выполняли

клиновидные резекции стенки органа – 44 (57,9%). При расположении в начальном отрезке тощей кишки выполняли циркулярную резекцию кишки с последующим формированием дуоденоюноанастомоза - 3(5,3%). При локализации опухоли в нисходящей ветви двенадцатиперстной кишке по медиальной стенке были выполнены панкреатодуоденальные резекции – 2 (3,5%) наблюдения. У троих пациентов (5,3%) с предположительным диагнозом лейомиом желудка и пищевода была выполнена энуклеация новообразований. Еще в 1 (1,7%) наблюдении пациенту с дубликационной кистой выполнено иссечение кисты, исходящей из мышечного слоя пищевода. Еще в двух (3,5%) наблюдениях по поводу новообразований выполнены экстирпации пищевода.

При локализации доброкачественных подслизистых новообразований во втором и третьем эхо-слоях (мышечная пластинка слизистой оболочки и подслизистый слой, соответственно) выполняли различные виды эндоскопических резекций.

Наибольшее число пациентов были оперированы через лапаротомный доступ – 22 (38,6), лапароскопическим доступом оперированы 17(29,8%) пациентов, роботассистированным - 5 (8,8%), 13 (22,8%) – эндоскопическое удаление.

Для оценки точности метода эндосонографии проведен сравнительный анализ между «эндосонографическим» и морфологическим диагнозами.

Из 57 оперированных пациентов совпадение данных по предполагаемой природе подслизистых новообразований, полученных при проведении эндосонографии и морфологических исследований операционного материала было достигнуто у 43 пациентов (75,4%) (Таблица 3).

Таблица 3 - Сравнение результатов эндосонографии и морфологических исследований

Диагноз	ЭУС n (%)	Морфологический n (%)
<i>Лейомиома</i>	10 (17,5%)	8 (14,0)
<i>ГИСО</i>	28 (49,1%)	31 (54,4)
<i>Лейомиома- ГИСО</i>	6 (10,5)	-
<i>Шваннома</i>	-	1(1,8)
<i>Аберрантная поджелудочная железа</i>	2 (3,5)	3 (5,3)
<i>Аденома бруннеровых желез</i>	1 (1,8)	2 (3,5)
<i>Дупликационная киста</i>	2 (3,5)	2 (3,5)
<i>Липома</i>	6 (10,5)	8 (14,0)
<i>Фиброма</i>	2 (3,5)	-
<i>Интрамулярный рак БДС</i>	-	1(1,8)
<i>Абсцессы стенки желудка</i>	-	1 (1,8)
Итого:	57 (100%)	57 (100%)

В 14 (24,6%) наблюдениях было получено несоответствие предположительного диагноза установленного при эндосонографии с результатами морфологических исследований (ДИ 95%: 15,2%-37,1%).

Из 5 наблюдений при предположительном диагнозе ГИСО, установленном на основании эндосонографии, при исследовании удаленных опухолей были получены следующие ошибочные результаты: липома, шваннома, интрапульлярный рак БДС, аденома бруннеровых желез, абсцессы стенки желудка.

С целью возможности дальнейшей оценки точности эндосонографии, по готовым препаратам, помимо морфологической природы опухолей, врачи-патологоанатомы оценивали слой, из которого исходило новообразование.

В настоящем исследовании из 57 удаленных новообразований гистологическую принадлежность к слою удалось оценить в 39 готовых гистологических препаратах. В 6 (15,4%) из 39 наблюдениях было получено несоответствие принадлежности опухоли к слою стенки ЖКТ, установленного при эндосонографии с результатами морфологических исследований (ДИ 95%: 7,25%-29,7%) (Таблица 4).

Таблица 4 - Сравнение результатов эндосонографии и морфологических исследований в отношении определения принадлежности новообразования к слою стенки ЖКТ

Слой	ЭУС n (%)	Морфологический n (%)
<i>Мышечная пластинка слизистой</i>	5 (12,)	2 (5,1)
<i>Подслизистый слой</i>	4 (10,3)	10 (25,6)
<i>Мышечный слой</i>	29 (74,4)	26 (66,7)
<i>Подслизистый+мышечный слой</i>	1 (2,6)	1 (2,6)
Итого:	39 (100)	39 (100)

В представленном исследовании была достигнута высокая чувствительность (90,3%), специфичность (83,9%) и точность (87,0%) эндосонографии в диагностике подслизистых новообразований в целом.

Столь высокие значения точности эндосонографии можно объяснить обязательной последовательной оценкой эндосонографических критериев и использованием усовершенствованной методики выполнения эндосонографии желудочно-кишечного тракта при подслизистых новообразованиях верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

На основании проведенного исследования построен алгоритм эндосонографической диагностики и выбора лечебной тактики при подслизистых новообразованиях верхних отделов желудочно-кишечного (Рисунок 7).

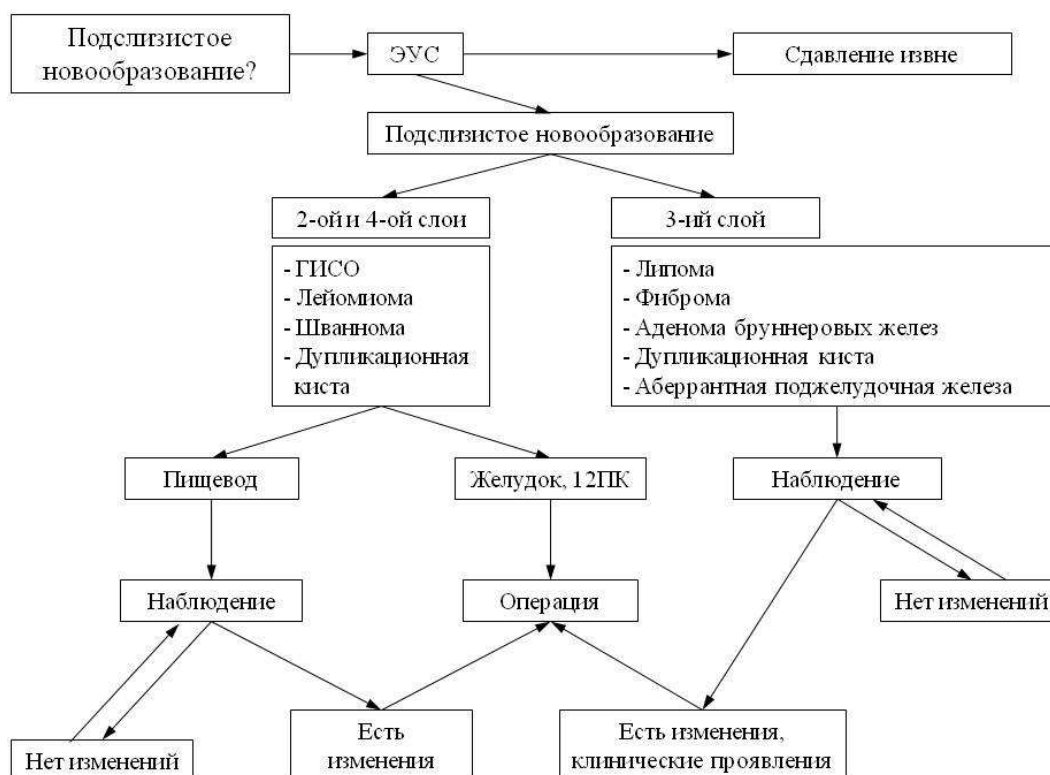


Рисунок 7 – Алгоритм выбора лечебной тактики при подслизистых новообразованиях верхних отделов ЖКТ

ВЫВОДЫ

1. Систематизированная и стандартизированная и эндосонографическая семиотика подслизистых новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта позволяет с высокой точностью (87,0%) предполагать их морфологическую природу.

2. Модифицированная методика эндосонографии повышает информативность и значимость метода при диагностике подслизистых новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

3. Роль эндосонографии в определении лечебной тактики больных с подслизистыми новообразованиями заключается в выявлении критериев отбора пациентов для динамического наблюдения или оперативного лечения. Активный динамический контроль за пациентами позволяет выявлять минимальные изменения в структуре и размерах подслизистых новообразований и своевременно оптимизировать лечебную тактику.

4. Эндосонография обладает высокой точностью (89,6%) в определении принадлежности подслизистых новообразований к слою стенки желудочно-кишечного тракта, что в свою очередь, также позволяет оптимизировать лечебную тактику при подслизистых новообразованиях желудочно-кишечного тракта. На основании проведенного исследования разработан лечебно-диагностический алгоритм при выявлении подслизистых новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для формирования оптимальных условий создания акустической среды, необходимо использовать комбинированные методы контакта ультразвукового датчика с подслизистым новообразованием.

2. Полипозиционное исследование при эндосонографии подслизистых новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта позволяет достигать адекватной оценки основных эндосонографических критериев, особенно при новообразованиях небольших размеров (до 2 см).

3. С целью повышения информативности эндосонографии и адекватной интерпретации полученных результатов, следует придерживаться стандартизированному в исследовании протоколу оценки эндосонографических критериев.

4. При гипоэхогенных подслизистых новообразованиях, размером до 2 см, особенно локализующихся в желудке, необходим активный динамический контроль с целью выявления потенциально злокачественных гастроинтестинальных опухолей.

Список научных трудов, опубликованных по теме диссертации

1. Старков, Ю.Г. Эндоскопическая ультрасонография и тактика хирургического лечения подслизистых новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта / Ю. Г. Старков, М.М Константинова, Е.Н. Солоднина, К.В Шишин, Н.А Курушкина // Материалы XIV Съезда Общества Эндоскопических Хирургов России - Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского - 2011. - Т6. -№1(1). –С. 164-165
2. Старков, Ю.Г. Лечение новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта методом диссекции в подслизистом слое / Ю.Г. Старков, Е.Н. Солоднина, К.В. Шишин, Н.А Курушкина // Материалы 15-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии - Сборник тезисов под редакцией проф. Ю.И. Галлингера – 2011. – С.234-236.
3. Старков, Ю.Г. Эндоскопическая ультрасонография в выборе тактики лечения больных с подслизистыми новообразованиями верхних отделов желудочно-кишечного тракта / Ю.Г. Старков, Е.Н. Солоднина, М.М Константинова, К.В. Шишин, Н.А. Курушкина // Тихоокеанский медицинский журнал - 2011. – № 4. – С. 49-52.
4. Старков, Ю.Г. Лечение пациентов с новообразованием верхних отделов желудочно-кишечного тракта методом диссекции в подслизистом слое / Ю.Г. Старков, Е.Н. Солоднина, К.В. Шишин, Н.А. Курушкина // Материалы III Дальневосточной научно-практической конференции «Новые технологии в эндоскопической диагностике и лечении» – 2011. - №4. – С. 98.
5. Старков, Ю.Г. Эндоскопическая диагностика и лечебная тактика при подслизистых новообразованиях верхних отделов желудочно-кишечного тракта / Ю.Г. Старков, Е.Н Солоднина, К.В Шишин, А.В. Новожилова, Н.А. Курушкина // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. – 2011. - №2. - С.15-20.
6. Старков, Ю.Г. Эндосонография в выборе тактики лечения подслизистых новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта / Старков Ю.Г.,

Е.Н. Солодина, М.М Константинова, К.В. Шишин., Н.А Курушкина, Е.М. Филиппова // Клиническая эндоскопия. - 2012 - №4. – С. 17-22.

7. Starkov, Yu. G. Laparoscopic surgery of stomach and duodenal gastrointestinal stromal tumors / Yu. G Starkov, K.V. Shishin, M.M. Konstantinova, I.Y. Nedoluzhko, S.V. Dzhantukhanova, N.A. Kurushkina, M.I. Vyborniy // Materials of the 20th International Congress of the EAES, Brussels, 20-23 June 2012 - № of abstract P 002

8. Курушкина, Н.А. Лапароскопическое удаление гастроинтестинальных стромальных опухолей желудка и двенадцатиперстной кишки / Н.А. Курушкина // Материалы XV Российского Съезда Общества Эндоскопических Хирургов России. – Эндоскопическая хирургия - 2012 - №4. –С. 33-34.

9. Курушкина, Н.А. Эндоскопическая диагностика и лечение гастроэнтестинальных стромальных опухолей верхних отделов желудочно-кишечного тракта / Н.А. Курушкина, И.Ю. Недолужко // Материалы Всероссийского симпозиума молодых ученых «Современные проблемы хирургии и хирургической онкологии». - 2012г. – С.50.

10. Курушкина, Н.А. Сравнение результатов эндосонографии и морфологических исследований при подслизистых новообразованиях пищевода и желудка / Н.А. Курушкина, Е.Н Солодина, Ю.Г Старков, М.М. Константинова, К.В. Шишин // Материалы XVI съезда РОЭХ. – Эндоскопическая хирургия. - №1. - 2013г. - С. 133-134.

11. Старков, Ю.Г. Синхронное поражение пищевода: ранний рак и гастроинтестинальная опухоль / Ю.Г. Старков, Е.Н Солодина, М.М. Константинова, К.В Шишин, Н.А Курушкина, Е.Н Гордиенко // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2013. -№ 7. - С. 58-61.

12. Кригер, А.Г. Диагностика и тактика хирургического лечение гастроинтестинальной стромальной опухоли / А.Г. Кригер, Ю.Г. Старков, Г.Г. Кармазановский, С.В. Берелавичус, Д.С. Горин, А.В Солодкий, Н.Н. Ветшева, Н.А Курушкина // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2014. - № 1 – С.15-20

13. Кригер, А.Г. Первично-множественные гастроинтестинальные стромальные опухоли 12-перстной и тощей кишки / А.Г. Кригер, С.В. Берелавичус, А.В. Кочатков, А.В. Солодкий, Н.Н. Ветшева, Н.А. Курушкина // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2014. - № 2 – С. 38-40.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- 12 п.к.- двенадцатиперстная кишка
- БДС – большой дуоденальный сосочек
- ГИСО- гастроинтестинальная стромальная опухоль
- ДИ – доверительный интервал
- ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
- ИГХ – иммуногистохимическое исследование
- КТ – компьютерная томография
- МРТ - магнитного-резонансная томография
- МГц - мегагерц
- УЗИ – ультразвуковое исследование
- ЭГДС - эзофагогастродуоденоскопия
- ЭУС – эндоскопическая ультрасонография
- C-kit – трансмембранные тирозин-киназные рецепторы ростовых факторов
- ESMO – европейское общество медицинских онкологов
- PDGFR α – тромбоцитарный фактор роста альфа
- Rg - рентгенография
- Se - чувствительность
- Sp – специфичность

