

УДК 616.345–006–072–079

ПУХЛИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ, ЩО ЛАТЕРАЛЬНО ПОШИРЮЮТЬСЯ. ДІАГНОСТИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ КОЛОНОСКОПІЇ ТА ХРОМОСКОПІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ІНДИГОКАРМІНУ ТА ОЦТОВОЇ КИСЛОТИ

В. О. Яковенко, О. Г. Курик

Науково—практичний центр профілактичної і клінічної медицини Державного Управління справами, м. Київ, Медичний центр "Універсальна клініка "Оберіг", м. Київ

THE LATERALLY SPREADING COLON TUMORS. DIAGNOSTIC EFFICACY OF COLONOSCOPY AND CHROMOSCOPY, USING INDIGOCARMINE AND ACETIC ACID

V. O. Yakovenko, O. G. Kuryk

РЕФЕРАТ

Пухлини товстої кишки, що латерально поширюються (laterally spreading tumor – LST) – це вид плоскої поверхневої неоплазії, що може спричинити колоректальний рак (КРР). Вивчено ефективність колоноскопії (КС) і хромоскопії з використанням індигокарміну та оцтової кислоти у діагностиці LST у 897 хворих. У 85 (9,5%) хворих з аденомою виявлені 113 LST, в тому числі 84 (74,3%) – негранулярного типу (LST – NG), 29 (25,7%) – гранулярного (LST – G). Діаметр LST від 10 до 120 мм, у середньому 19,6 мм. Тубулярна аденома діагностована у 67 (59%) спостереженнях, зубчаста – у 24 (21%), папілярна – у 12 (11%), папілярно–тубулярна – у 10 (9%).

Ключові слова: пухлина, що латерально поширюється (LST); скринінгова колоноскопія; хромоскопія з використанням індигокарміну та оцтової кислоти; частота виявлення аденоми; індекс виявлення аденоми.

SUMMARY

The laterally spreading colon tumors (LST) constitute a kind of flat superficial neoplasia, which may cause colorectal cancer. There was studied the efficacy of colonoscopy and chromoscopy, using indigocarmine and acetic acid in the LST diagnosis in 897 patients. In 85 (9.5%) patients, suffering adenoma 113 LST were revealed, including 84 (74.3%) of a nongranular type (LST – NG), 29 (25.7%) – of granular type (LST – G). The diameter of LST was from 10 to 120 mm, 19.6 mm at average. Tubular adenoma was diagnosed in 67 (59%) observations, the dentate one – in 24 (21%), papillary – in 12 (11%), papillary–tubular – in 10 (9%).

Key words: laterally spreading tumor (LST); the screening colonoscopy; chromoscopy, using indigocarmine and acetic acid; the adenoma revealing rate.

Захворюваність на КРР висока у більшості країн світу [1 – 4]. За даними Національного канцер-реєстру, у 2012 р. в Україні зареєстровані 19 193 первинно виявлених хворих на рак ободової і прямої кишки. Рак ободової кишки посідає 5–те місце у чоловіків і 2–ге – у жінок у структурі летальності від онкологічних захворювань [5].

Поліпшити ситуацію може діагностика аденом товстої кишки, з яких формується КРР, і раннього КРР. КРР виявляють у 0,29% аденом діаметром до 9 мм, у 4,39% – 10 – 19 мм. В той же час, показники виживання хворих за наявності локалізованої пухлини значно кращі, ніж за наявності поширеної пухлини. Тому найбільшу увагу приділяють виявленню аденом діаметром понад 10 мм [2, 4]. З цієї метою застосовують: пальцеве дослідження ампули прямої кишки, аналіз калу на приховану кров, ректоскопію, сигмоскопію, КС, іригоскопію, віртуальну мультизрізову спіральну комп'ютерну томографію [1 – 3]. Найкращі результати щодо виявлення плоскої поверхневої неоплазії (зокрема, пухлин, що латерально поширюються – LST, а також зубчастих, ворсинчастих, тубулярних, папілярних і змішаних аденом) досягнуті при застосуванні КС, хромоскопії (з використанням метиленового синього, індигокарміну, оцтової кислоти, генціанового фіолетового), ендоскопії з збільшенням, дослідження у вузькому спектрі: Olympus Narrow Band Imaging (NBI), Fuji Intelligent Chromo Endoscopy (FICE), Pentax i-SCAN [4, 6, 7].

КРР є складним у діагностичному і лікувальному плані захворюванням. Однією з причин пізньої діагностики пухлин товстої кишки є те, що початок захворювання безсимптомний або з симптомами, що відображають клінічні ознаки фонічних захворювань. Тому зусилля фахівців, спрямовані на пошук критеріїв ранньої діагностики КРР, виправдані. Наведені дані свідчать, що проблема діагностики й лікування

KPP як в Україні, так і в усьому світі недостатньо розроблена. Одним з найважливіших завдань діагностики KPP є виявлення пухлини на доклінічних стадіях, коли мінімальний обсяг хірургічного втручання (ендоскопічна резекція слизової оболонки, ендоскопічна підслизова дисекція) є радикальним. За такої ситуації тільки активні масові профілактичні огляди й диспансеризація пацієнтів можуть вчасно привести хворого до лікаря. Сьогодні проблеми ранньої діагностики KPP вирішуються шляхом скринінгу з широким використанням сучасних методів ендоскопічної діагностики [2, 4, 7].

LST — це вид плоскої поверхневої неоплазії, що може спричинити KPP. Незважаючи на те, що LST часто досягають великих розмірів, виявити їх складно. LST переважно плоскі — LST-NG чи з зернистою поверхнею або крупними виростами — LST-G [8].

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У 2009 — 2011 рр. один ендоскопіст виконав скринінгову КС у 897 хворих (відеокOLONоскопи Olympus CF-150L, Olympus Optical Co LTD, Японія). Вік пацієнтів від 18 до 87 років, у середньому ($41 \pm 1,5$) року. Чоловіків було 551 (61,4%, 95% ДІ 58,2 — 64,6), жінок — 346 (38,6%, 95% ДІ 35,4 — 41,8).

Для підготовки товстої кишки до КС пацієнту призначали 4 л розчину поліетиленгліколю (2 л — ввечері напередодні КС, 2 л — в день КС). Перед проведенням КС пацієнти давали поінформовану згоду на процедуру. У 94,6% спостережень КС виконана під сечадією пропופолом (у середньому 750 мг).

Під час КС намагалися якомога швидше пройти у купол сліпої кишки без надмірного роздування просвіту товстої кишки повітрям. Для підтвердження результатів тотального огляду товстої кишки і контролю ретельності КС проводили фото— і відеозапис на жорсткий диск персонального комп'ютера з подальшим ретельним аналізом зображень і часу, витраченого на КС. Для додаткової об'єктивізації тотальності

КС здійснювали біопсію слизової оболонки клубової кишки. Частота інтубації сліпої кишки становила 99%, клубової — 97%. Тривалість інтубації сліпої кишки у середньому 3,5 хв, клубової — 1,4 хв.

Детальний огляд товстої кишки виконували від сліпої кишки до каналу відхідника. При цьому розправляли кишку повітрям, при необхідності — відсмоктували вміст і відмивали слизову оболонку розчином симетикону, для хромоскопії використовували розчин індигокарміну і оцтову кислоту. Ретельно обстежували кожну складку товстої кишки і слизову оболонку між складками, всі згини товстої кишки оглядали кілька разів. З усіх змінених ділянок слизової оболонки, утворень брали біопсію з використанням великих щипців.

Тривалість виведення ендоскопа від 8 до 41 хв, у середньому 13,4 хв. Хромоскопія виконана під час КС у 387 (44,2%) спостережень, 0,2% розчин індигокарміну застосований у 108 (12%) з них, 1,5% розчин оцтової кислоти — у 151 (17%), їх поєднання — у 128 (14%).

Типи поверхневої неоплазії оцінювали за Паризькою класифікацією поверхневої неоплазії травного каналу (0 — Ip, 0 — Isp, 0 — Is + Is, 0 — IIa), в тому числі LST-NG і LST-G — 0 — IIa + Is, 0 — Is, 0 — IIb [4, 9, 10]. Діагностика плоских утворень основана на виявленні локальних ділянок, на яких переривався фоновий судинний малюнок слизової оболонки.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Частота виявлення аденом (відношення кількості процедур КС, під час яких виявлено аденому, до загальної кількості процедур КС) становила 0,47, індекс виявлення аденом (відношення кількості виявлених аденом до загальної кількості процедур КС) — 0,79. У 85 (9,5%, 95% ДІ 7,7 — 11,6) хворих з аденомою виявлені 113 LST: з них 84 (74,3%) LST-NG і 29 (25,7%) — LST-G (рис. 1, 2). Діаметр LST становив від 10 до 120 мм, у середньому 19,6 мм. У 77 (68%) спостереженнях

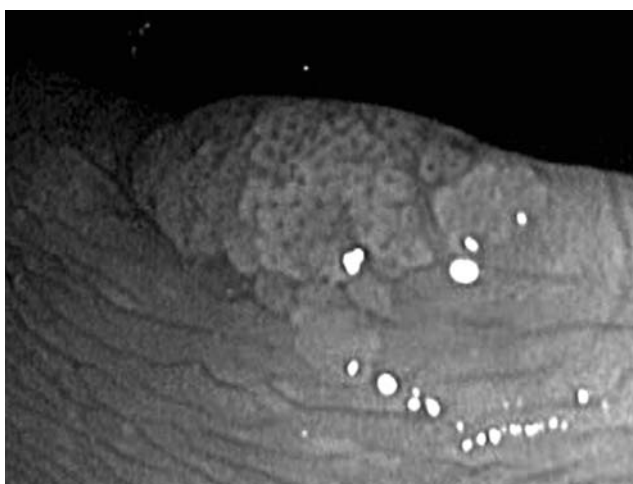


Рис. 1. LST-NG поперечної ободової кишки. Дослідження у білому світлі. Хромоскопія з використанням розчину індигокарміну і оцтової кислоти.

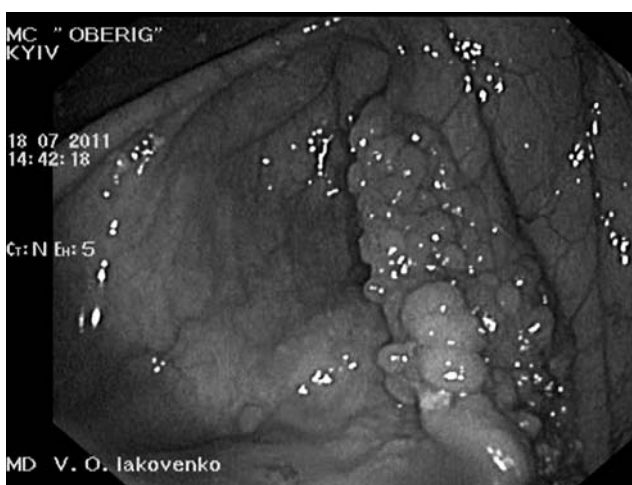


Рис. 2. LST-G купола сліпої кишки. Дослідження у білому світлі.

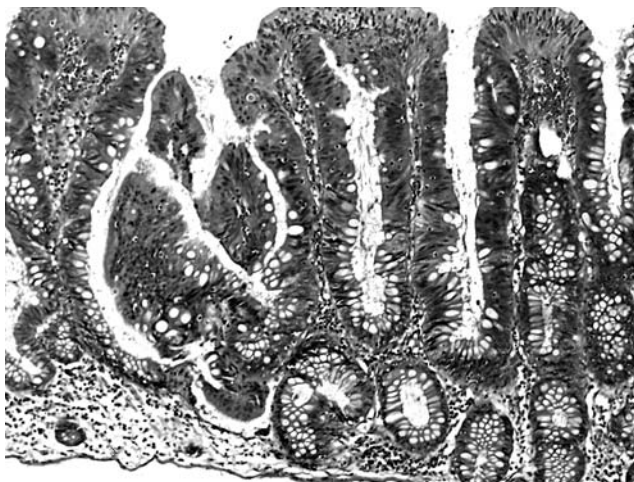


Рис. 3. Мікрофото. Аденома з LST. Забарвлення гематоксилином та еозином. Зб. $\times 100$.

LST виявлені у правих відділах товстої кишки. У дослідженні підтверджена складність діагностики LST у зв'язку з їх плоскою формою. Часто — у 98 (87%) спостережень на поверхні плоских утворень виявляли нашарування слизу, що залишалося після іригації слизової оболонки розчином симетикону (крізь інструментальний канал ендоскопа). Наявність шару слизу привертала увагу досліджувача. З іншого боку, після його відмивання межі утворення погано візуалізувалися. Для поліпшення діагностики проводили хромоскопію слизової оболонки, що дозволяло спостерігати контури утворення, специфічну ямкову структуру його поверхні. Для утворень типу LST у 107 (95%) спостереженнях характерний ямковий малюнок (типу S. Kudo III L — IV).

У всіх хворих неоплазія видалена відразу або після гістологічного дослідження біоптатів шляхом ендоскопічної резекції слизової оболонки. За даними гістологічного дослідження операційного матеріалу тубулярна аденома виявлена у 67 (59%) спостереженнях, зубчаста — у 24 (21%), папілярна — у 12 (11%), папілярно-тубулярна — у 10 (9%) (рис. 3, 4).

Якість діагностики LST залежить від багатьох чинників: якості підготовки кишечника, адекватного знеболення КС, наявності сучасного ендоскопічного обладнання, підготовки персоналу, повноти і ретельності КС, застосування методів поліпшення ендоскопічного зображення (в тому числі хромоскопії), адекватного морфологічного дослідження [11, 12].

У дослідженні доведена ефективність ендоскопічної діагностики та хромоскопії з використанням індигокарміну та оцтової кислоти для виявлення LST товстої кишки.

ВИСНОВКИ

1. LST товстої кишки виявляють у 9,5% хворих, переважно (у 68% спостережень) у її правих відділах.
2. КС з хромоскопією з використанням індиго-

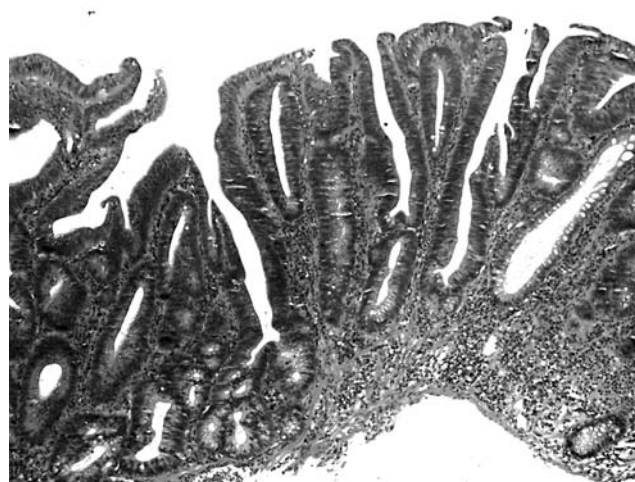


Рис. 4. Мікрофото. Аденома з LST. Забарвлення гематоксилином та еозином. Зб. $\times 100$

карміну та оцтової кислоти ефективна для діагностики LST.

3. Необхідні подальші дослідження методів ендоскопічної діагностики і лікування LST.

ЛІТЕРАТУРА

1. Пойда О. І. Поліпи та поліпоз товстої кишки / О. І. Пойда // Здоров'я України. — 2009. — №12/1. — С. 60 — 61.
2. Bond J. H. Colon polyps and cancer / J. H. Bond // Endoscopy. — 2005. — Vol.37, N3. — P. 208 — 212.
3. Endoscopic submucosal dissection (ESD) for colorectal tumors / Y. Saito, M. Fukuzawa, T. Matsuda [et al.] // Dig. Endosc. — 2009. — Vol. 21. — P. 7 — 12.
4. Quality in Screening Colonoscopy position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) / Y. Saito, M. Fukuzawa, C. Hassan, J. F. Riemann [et al.] // Endoscopy. — 2012. — Vol. 44, N10. — P. 957 — 968.
5. Рак в Україні, 2009–2010: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби // Бюл. Нац. канцер-реєстру України. — 2012. — № 11. — 100 с.
6. Захараш М. П. Скрининг предракowych состояний и рака толстой кишки: метод, рекомендации / М. П. Захараш, Н. В. Харченко, С. В. Музика. — К: Медицина, 2006. — 23 с.
7. Эндоскопическая диагностика раннего колоректального рака / В. И. Никишаев, А. Р. Патий, И. Н. Тумака, И. А. Коляда // Укр. журн. малоінвазив. та ендоск. хірургії. — 2012. — Т.16, № 1. — С. 35 — 55.
8. Lambert R. Laterally spreading tumors in the colon and rectum / R. Lambert, S. Tanaka // Eur.J.Gastroenterol.Hepatol. — 2012. — Vol. 24, N10. — P.1123 — 1134.
9. Endoscopic classification review group. Update on the Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions in the digestive tract // Endoscopy. — 2005. — Vol. 37. — P. 570 — 578.
10. The Vienna classification applied to colorectal adenomas / C. A. Rubio, G. Nesi, L. Messerini [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2006. — Vol. 21. — P. 1697 — 1703.
11. Яковенко В. А. Латерально распространяющиеся опухоли (LST) толстой кишки. Диагностика и эндоскопическая резекция слизистой оболочки (EMR) / В. А. Яковенко, М. П. Захараш // Материали II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы (18–20 мая 2011 г., Одесса). — К, 2011. — С. 239 — 240.
12. Yakovenko V. O. Cap-assisted intraluminal closure of large iatrogenic rectosigmoid perforation / V. O. Yakovenko // 2 Intern. Sympos. Complication in GI Endoscopy (17 — 18 June, 2011, Hannover, Germany). — Hannover, 2011. — P. 24.