

Н. Н. Милица, А. И. Маслов,
Н. С. Трашкова

Запорожская медицинская
академия последипломного
образования

© Коллектив авторов

ВЫБОР МЕТОДА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ КРУПНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Резюме. Сравнивалась эффективность эндоскопической резекции слизистой оболочки и петлевой электроэксцизии при удалении крупных неполипозидных и полипозидных образований толстой кишки. Оценены результаты 14 эндоскопических резекций и 21 петлевой электроэксцизии. Чаще всего образования локализовались в левой половине толстой кишки, представляли собой железистую или ворсинчатую аденому и соответствовали поверхностно распространяющимся опухолям (15 случаев) и опухолям на широком основании (20 случая). Размер образований был от 8 до 35 мм ($16,7 \pm 2,62$ мм). Неполное удаление, осложнения и рецидивы наблюдались и при резекции, и при электроэксцизии. Размер образования более 25 мм оказался фактором, предсказывающим низкую вероятность удаления единым блоком. Сделан вывод, что эндоскопическая резекция более эффективна по сравнению с петлевой электроэксцизией при крупных неполипозидных и полипозидных образованиях толстой кишки.

Ключевые слова: толстая кишка, аденома, резекция слизистой оболочки, электроэксцизия, колоноскопия.

Введение

Рак толстой кишки относится к числу наиболее часто встречающихся опухолей желудочно-кишечного тракта. Непосредственным его предшественником является аденоматозный полип, выявление которого является прескринингом злокачественного заболевания, а удаление — средством предупреждения развития рака. При размере полипа менее 5 мм он редко является злокачественной опухолью, в полипе размером от 5-10 мм вероятность злокачественных изменений составляет около 1 %, при величине 10-20 мм — 10 %, более 20 мм — 46 % [1]. Эндоскопическое удаление крупных неполипозидных и полипозидных на широком основании образований (аденом и раннего рака) является альтернативой хирургическому лечению данной патологии толстой кишки.

Цель исследования

Сравнить эффективность и безопасность эндоскопической резекции и петлевой электроэксцизии при удалении крупных неполипозидных и полипозидных на широком основании образований толстой кишки.

Материал и методы исследований

У 29 человек (13 женщины и 16 мужчин) в возрасте от 26 до 83 лет было удалено 35 образований толстой кишки. В 14 случаях использовалась техника резекции слизистой оболочки, в 21 — петлевой электроэксцизии. В исследование включены пациенты с образованиями размером 8 мм и более, соответствующими ти-

пам 0-Is и LST по Парижской классификации эпителиальных неоплазий.

Для выполнения колоноскопии применялись видеоскопы CF-200L (Olympus, Япония). Подготовка больных проводилась препаратом «Эндофальк» (drFalk, Германия) или клизмами по стандартной схеме. Резекция слизистой оболочки выполнялась с использованием техники подслизистого введения жидкости (раствор адреналина 1:10 000 с метиленовым синим) инъектором NM-400U (Olympus) с последующим захватом и удалением петель SD-6L (Olympus) и с применением смешанного тока с преобладанием коагуляции. При петлевом удалении применялось чередование коагулирующего и режущего тока и те же типы петель. Оценивали морфологическую характеристику опухолей, технику и полноту их удаления, осложнения и непосредственные результаты вмешательств. Осложнениями считались перфорация или кровотечение, потребовавшие дополнительного хирургического или эндоскопического вмешательства. Под удалением в пределах здоровых тканей понималось отсутствие опухолевой ткани по границе или в дне раны. Рецидивом образования считалось обнаружение опухолевой ткани на рубце или на его границах.

Результаты исследований и их обсуждение

Чаще всего эти образования локализовались в левых отделах: в прямой 10 (28,57 %), сигмовидной 15 (42,86 %), нисходящей 4 (11,43 %), поперечно-ободочной — 3 (8,57 %), восходя-



шей — 1 (2,86 %) и слепой — 2 (5,71 %) кишках. Размер опухолей был от 8 до 35 мм (в среднем — $16,7 \pm 2,62$) мм). Образования соответствовали поверхностно распространяющимся опухолям (LST) в 15 и опухолям на широком основании (0-Is) — в 20 наблюдениях. Морфологически удаленные новообразования в 42,9 % случаев представляли собой железистую аденому, в 34,3 % — ворсинчатую опухоль. Аденокарцинома диагностирована у 22,8 % пациентов.

Распределение образований в зависимости от типа удаления по полу, типу, морфологическому строению, локализации и размера указано в табл. 1.

Таблица 1

Характеристика удаленных образований

Показатель		Петлевое удаление	Резекция
Число пациентов		16	13
Кол-во образований		21	14
Пол	муж.	9	7
	жен.	7	5
Тип образования	LST	6	9
	на широком основании	15	5
Локализация (кишка)	прямая	6	4
	сигмовидная	8	7
	нисходящая ободочная	3	1
	поперечно-ободочная	2	1
	восходящая ободочная	1	-
	слепая	1	1
Размер, мм	<15	14	5
	15-25	5	6
	>25	2	3
Морфология	железистая аденома	11	4
	ворсинчатая аденома	7	5
	аденокарцинома	3	5

Петлевое удаление опухолей в пределах видимо здоровых тканей было выполнено у 13 пациентов. В 4 случаях удаление было неполным по техническим причинам или из-за опасности перфорации стенки кишки, по мнению выполнявшего вмешательство врача. Во всех наблюдениях возникший после неполного удаления методом электроэксцизии рецидив был устранен при повторном обращении. Перфораций не наблюдалось, 3 случая кровотечения были купированы эндоскопически.

В группе резекции удалить опухоль в пределах здоровых тканей удалось у 12 больных. В одном наблюдении отсутствие приподнимания части опухоли при подслизистом введении жидкости заставило отказаться от попытки ее полного удаления из-за подозрения на инвазивный характер образования, что было подтверждено при последующей операции — в дальнейшем была выполнена стандартная хирургическая резекция кишки с новообразованием. Рецидив при визуальном полностью удаленном образовании возник в 1 случае и был устранен при повторном эндоскопическом

вмешательстве. Из осложнений был отмечен 1 случай кровотечения, купированный эндоскопически.

В большинстве случаев (26 наблюдения) использовалась техника удаления единым блоком.

Таблица 2

Результаты эндоскопического лечения

Показатель		Петлевое удаление	Резекция
Удаление	фрагментами	6	3
	единым блоком	15	11
Неполное удаление или рецидив (хирургическое лечение)		4 (0)	2 (1)
Кровотечение		3	1
Перфорация		0	0

Из 5 образований размером более 25 мм все удалены фрагментами. Из 19 образований размером менее 15 мм все удалены единым блоком.

Таким образом, петлевая электроэксцизия долгое время оставалась основным малоинвазивным методом удаления крупных новообразований толстой кишки. Альтернативным способом лечения здесь стала разработанная Karita et al. [3] методика эндоскопической резекции слизистой оболочки. Сравнение этих двух технических подходов продемонстрировало тенденцию к большему числу успешных вмешательств (80,95 % и 85,7 %) и более низкому числу осложнений (14,29 % и 7,14 %) при использовании эндоскопической резекции. В то же время разница не достигала статистически достоверных значений, что связано с небольшими группами сравниваемых больных. По данным литературы, полностью удалить изучаемые типы образований с использованием техники эндоскопической резекции слизистой оболочки удается в 38-92 % наблюдений, частота рецидивов составляет 3,1-10,4 % [2, 5, 6].

Общим недостатком обеих методик — электроэксцизии слизистой оболочки и эндоскопической резекции — является сложность удаления единым блоком даже образований размером до 25 мм и практически неизбежность использования техники фрагментирования при их размере 25 мм и более. Размер образования более 25 мм является фактором, предсказывающим низкую вероятность его удаления единым блоком вне зависимости от используемой техники. По данным наиболее крупных исследований, посвященных этой проблеме, образования размером от 21 мм до 30 мм удалялись единым блоком только в 71-85,7 % наблюдений, образования размером более 30 мм резецировались только частями [2, 4]. Удаление новообразования несколькими фрагментами затрудняет гистологическое исследование препарата, что особенно важно при эндоскопическом лечении раннего рака толстой кишки.

Выводы

1. Эндоскопическая резекция слизистой оболочки — эффективный и безопасный метод удаления крупных неполипозидных и полипозидных образований толстой кишки на широком основании.

2. Применение эндоскопической резекции слизистой оболочки связано с большим про-

центом успеха и меньшим риском осложнений по сравнению с петлевой электроэксцизией при удалении крупных неполипозидных образований и полипозидных на широком основании образований толстой кишки.

3. Размер новообразования более 25 мм обуславливает необходимость удаления его несколькими фрагментами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фром Г. Раннее выявление колоректального рака / Г. Фром, М.Б. Альберт // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1998. — № 4. — С. 79-82.
2. Bergmann U. Endoscopic mucosal resection for advanced non-polypoid colorectal adenoma and early stage carcinoma / U. Bergmann, H.G. Beger // Surg. Endosc. — 2003. — Vol. 17. — P. 475-479.
3. Karita M. The successive strip biopsy partial resection technique for large early gastric and colon cancers / M. Karita, M. Tada, K. Okita // Gastrointest. Endosc. — 1992. — Vol. 38. — P. 174-178.
4. Small «flat» adenoma of the large bowel with special reference to its clinicopathological feature / T. Muto, J. Kamiya, T. Sawada [et al.] // Dis. Colon Rectum. — 1985. — Vol. 28. — P. 857-861.
5. Evaluation of EMR for laterally spreading rectal tumors / S. Tamura, K. Nakajo, Y. Yokoyama [et al.] // Endoscopy. — 2004. — Vol. 36. — P. 306-312.
6. Yokata T. Endoscopic mucosal resection for colorectal neoplastic lesions / T. Yokata, K. Sugihara, S. Yoshida // Dis. Colon Rectum. — 1994. — Vol. 37. — P. 1108-1111.

**ВИБІР МЕТОДУ
ЕНДОСКОПІЧНОГО
ВИДАЛЕННЯ ВЕЛИКИХ
УТВОРЕНЬ ТОВСТОЇ
КИШКИ**

*М. М. Милиця, О. І. Маслов,
Н. С. Трашкова*

Резюме. Порівнювали ефективність ендоскопічної резекції слизової оболонки і петлевої електроексцизії при видаленні великих неполіпозидних і поліпозидних утворень товстої кишки. Досліджені результати 14 ендоскопічних резекцій і 21 петлевої електроексцизії. Найчастіше утворення локалізувалися в лівій половині товстої кишки, та були представлені залістистими або ворсинчастими аденомами та відповідали поверхнево розповсюджуваної пухлині (15 випадків) і пухлинами на широкій основі (20 випадки). Розмір утворень був від 8 до 35 мм ($16,7 \pm 2,62$ мм). Неповне видалення, ускладнення та рецидиви спостерігалися як при резекції, так і при електроексцизії. Розмір утворень більше за 25 мм виявився фактором, який пророкує низьку ймовірність видалення одним блоком. Зроблено висновок, що ендоскопічна резекція більш ефективна в порівнянні з петлевою електроексцизією при великих поліпозидних і неполіпозидних утвореннях товстої кишки.

Ключові слова: товста кишка, аденома, резекція слизової оболонки, електроексцизія, колоноскопія.

**THE CHOICE OF METHOD
OF ENDOSCOPIC REMOVAL
OF LARGE FORMATIONS OF
THE COLON**

*N. N. Milica, A. I. Maslov,
N. S. Trashkova*

Summary. The efficacy of endoscopic mucosal resection and LEEP in removing large polypoid and non-polypoid colon formations is compared. The results of 14 endoscopic resection and 21 LEEP are evaluated. Most often, the formations are localized in the left half of the colon, were villous or glandular adenoma and corresponded to surface spreading tumors (15 cases) and tumors on a broad basis (20 cases). The size of the structures was from 8 to 35 mm ($16,7 \pm 2,62$ mm). Incomplete removal, complications and relapses observed during resection, and electroscission. The size of formation more than 25 mm proved to be predictor of low probability of removing in a single block. It is concluded that endoscopic resection is more effective compared with LEEP at large polypoid and non-polypoid formations of colon.

Key words: colon, adenoma, mucosal resection, electroscission, colonoscopy.