

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. Сравнивали эффективность эндоскопической резекции слизистой оболочки и петлевой электроэксцизии при удалении крупных неполипозидных и полипозидных образований толстой кишки. Оценены результаты 14 эндоскопических резекций и 21 петлевых электроэксцизий. 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 случаев). Размер образований был от 8 до 35 мм ($(16,7 \pm 2,62)$ мм). Неполное удаление, осложнения и рецидивы наблюдали 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. Непосредственный его предшественник — 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 до 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.

Материалы и методы исследований

У 29 человек (13 женщин 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 — техника петлевой электроэксцизии. В исследование включены пациенты с образованиями размером 8 мм и более, соответствующими

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

Для выполнения колоноскопии применяли видеоэндоскопы CF-200L (Olympus, Япония). Подготовку больных проводили препаратом «Эндофальк» (drFalk, Германия) или клизмами по стандартной схеме. Резекцию слизистой оболочки выполняли 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 применяли 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 считали перфорацию 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 считали 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 %), восходящей —



1 (2,86 %) и слепой кишке 2 (5,71 %). 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 % случаев — 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 до 30 мм удаляли единым блоком только в 71–85,7 % наблюдений, образования размером более 30 мм резецировали только частями [2, 4]. Удаление новообразования несколькими фрагментами



затрудняє гистологічне дослідження препарату, що особливо важливо при ендоскопічному ліченні раннього раку товстої кишки.

Висновки

1. Ендоскопічна резекція слизової оболонки є ефективним і безпечним методом видалення великих неполіповидних і поліповидних образунків товстої кишки на широкому основанні.

2. Застосування ендоскопічної резекції слизової оболонки пов'язано з більшим відсотком успіху і меншим ризиком ускладнень порівняно з петлевою електроексцизією при видаленні великих неполіповидних образунків і поліповидних на широкому основанні образунків товстої кишки.

3. Розмір новообразунку більше 25 мм обумовлює необхідність видалення його декількома фрагментами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Фром Г. Раннє виявлення колоректального раку / Г. Фром, М. Б. Альберт // Російський журнал гастроентерології, гепатології, колопроктології. — 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. Порівнювалось ефективність ендоскопічної резекції слизової оболонки і петлевої електроексцизії при видаленні великих неполіповидних і поліповидних образунків товстої кишки. Досліджено результати 14 ендоскопічних резекцій і 21 петлевих електроексцизій. Найчастіше утворення локалізувалися в лівій половині товстої кишки, та були представлені залізістими або ворсинчастими аденомами та відповідали поверхнево розповсюджувальній пухлині (15 випадків) і пухлинами на широкій основі (20 випадки). Розмір образунків був від 8 до 35 мм ($16,7 \pm 2,62$ мм). Неповне видалення, ускладнення і рецидиви спостерігалися як при резекції, так і при електроексцизії. Розмір образунків більше за 25 мм виявився фактором, який пророкує низьку ймовірність видалення єдиним блоком. Зроблено висновок, що ендоскопічна резекція більш ефективна в порівнянні з петлевою електроексцизією при великих поліповидних і неполіповидних утвореннях товстої кишки.

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

CHOICE OF METHOD ENDOSCOPIC REMOVAL OF LARGE FORMATIONS COLON

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

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

Key words: colon, adenoma, mucosal resection, electrosurgical excision, colonoscopy.