

С. В. Яйцев, К. С. Зуйков, В. Н. Королев, И. Ю. Суровцев
Южно-Уральский государственный медицинский университет
Челябинский областной клинический онкологический диспансер

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Представлены возможности современной эндоскопии в диагностике и лечении нейроэндокринных опухолей желудочно-кишечного тракта. При наличии показаний эндоскопическое удаление определенной группы этих новообразований является не только радикальным, но и более щадящим видом лечения для пациента, чем хирургическое вмешательство.

Ключевые слова: нейроэндокринные опухоли, желудочно-кишечный тракт, субмукозальная эндодиссекция.

Нейроэндокринные опухоли (НЭО) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) выявляются в 1–3 случаях на 100 тыс. населения в год. Отмечается увеличение частоты НЭО ЖКТ за последние 30 лет, с ежегодным приростом на 3%, что в определенной степени связано с улучшением диагностики НЭО, в том числе с развитием методов эндоскопической визуализации, а также широким внедрением УЗ-, КТ-, МРТ- и ПЭТ-исследования.

НЭО ЖКТ классифицируются по локализации (желудок, поджелудочная железа, тонкая кишка, червеобразный отросток, толстая кишка, прямая кишка), степени дифференцировки (высокая, низкая), функциональной активности (функционирующие, нефункционирующие), биологическим особенностям (индекс пролиферации Ki-67) и злокачественному потенциалу, связанному с размером опухоли и инвазией в лимфатические или кровеносные сосуды. Большинство НЭО ЖКТ являются функционирующими и секретируют в разных количествах биоактивные амины и пептиды, способствуя чаще всего развитию карциноидного синдрома, характерными симптомами которого являются: приливы (90%), поносы (70%), боли в животе (40%), поражение клапанов сердца (45%), телеангиэктазии (25%), диспноэ (15%), пеллагра (5%). Опухоли, не сопровождающиеся клиническими симптомами (нефункционирующие), составляют 15–30% от общего числа НЭО ЖКТ.

На ранних стадиях НЭО толстой и прямой кишки, желудка и двенадцатиперстной кишки редко сопровождаются карциноидным синдромом и зачастую являются случайной находкой. Выбор метода лечения зависит от локализации, размеров, местной распространенности опухоли, наличия или отсутствия регионарных и отдаленных метастазов. При локализованной форме выполнение радикальной операции нередко обе-

спечивает возможность клинического излечения, что диктует необходимость полноценного исследования с целью определения распространенности процесса и выявления регионарных и отдаленных метастазов.

Современные эндоскопические методы исследования позволяют выявить новообразования менее 1,0 см в диаметре. К ним относятся: фиброгастродуоденоскопия и фиброколоноскопия с высокой четкостью изображения (HDTV) и применением дополнительных методов исследования (нативная и виртуальная компьютерная хромоскопия, аутофлюоресцентная диагностика, спектроскопия); эндоскопическое ультразвуковое исследование (эндоскопическая ультрасонография – эндосонография) стенки органа, которое при необходимости дополняется ультразвуковым исследованием органов брюшной полости.

Стандартный диагностический алгоритм, необходимый для выявления регионарных и отдаленных метастазов и сопутствующей патологии органов и систем, включает: 1) рентгенологическое исследование органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях; 2) КТ (МСКТ) грудной клетки, брюшной полости или ПЭТ-КТ; 3) УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, надключичных зон.

Выявление НЭО ЖКТ при отсутствии инфильтрации соседних органов, регионарных и отдаленных метастазов дает основание для применения малоинвазивных методов.

Применение эндосонографии позволило значительно расширить подход к диагностике и лечению новообразований ЖКТ, существенно повышая точность диагноза на дооперационном этапе, делая его стандартом обследования для пациентов с патологией ЖКТ, начиная с амбулаторного этапа. Современное эндоскопическое оборудование позволяет четко оценить

границы выявленных изменений стенки органа с его последующим удалением единым блоком в пределах здоровой ткани. Последующее послойное морфологическое изучение удаленного блока тканей во многом определяет дальнейшую тактику.

Цель исследования: определение возможности применения эндоскопических методов лечения пациентов с ранними формами НЭО ЖКТ.

Материал и методы

На базе эндоскопического отделения ЧОКОД, начиная с 2009 г. выполнено 107 эндоскопических вмешательств на органах ЖКТ. Из них 31 по поводу НЭО двенадцатиперстной кишки – 3, желудка – 20, толстой кишки – 8. Выполнялись субмукозальная эндодиссекция или полнослойная резекция. Все опухоли выявлены при эндоскопических исследованиях, связанных с диспепсическими расстройствами, или случайно при проведении стандартных эндоскопических исследований по другому поводу.

Использовались аппараты: фиброгастро-дуоденоскопы GIF-N или Q 180, GIF-FQ260Z («Olympus», Япония), фиброколоноскопы GIF-N180AL, GIF-FH260AZI («Olympus», Япония). Выявленные НЭО представляли собой полиповидной формы округлые новообразования на основании от 0,2 (желудок) до 1,5 см (толстая кишка) в диаметре. Опухоли желудка нередко были мультицентричными, что у нескольких пациентов потребовало проведения эндоскопического удаления новообразований в несколько этапов.

В ходе эндоскопического осмотра всем пациентам проведена эндосонография зон новообразований высокочастотным ультразвуковым зондом с частотой 20 МГц с целью определения глубины инвазии новообразования в стенку органа (UM-BS20-26R, «Olympus», Япония) на ультразвуковом центре UM-ME1, («Olympus», Япония). В случае выявления признаков инвазии новообразования в глубокие слои стенки органа, не исключая инвазии в мышечный слой, планировался объем вмешательства в объеме полнослойной резекции.

Методика выполнения вмешательства

Под общим обезболиванием (внутривенный наркоз раствором пропофола 1% – 20мл.) через рабочий канал аппарата с помощью плоского эндоножа в режиме коагуляции на комплексе для аргоно-плазменной коагуляции (APC 2+VIO 300 D («ERBE», Германия) производится точечная маркировка границ новообразования в пределах здоровой слизистой, отступая до 0,5 см от видимых краёв опухоли. Под основание новообразования, с целью гидросепаровки слизистой и подслизистого слоя от мышечного, при по-

мощи игольчатого инъектора вводилось от 10 до 20 мл. 0,9% физиологического раствора NaCl с 0,2% раствором индигокармина и 0,1% раствором адреналина. Используя эндохирургические ножи (IT – knife, huke knife), производилось рассечение слизистой по линии маркировки до подслизистого слоя с последующей эндоскопической диссекцией подслизистого слоя от мышечного под новообразованием. Извлечение резецированного участка выполнялось в дистальном колпачке или в герметичном контейнере, проводились его визуальная оценка и подготовка для морфологического исследования. При контрольном осмотре производилась ревизия зоны эндоскопического вмешательства. Определялись округлой формы посткоагуляционные дефекты слизистой различного размера, глубиной до мышечного слоя, целостность стенки, признаки кровотечения. Ожидаемая перфорация стенки органа в ходе полнослойной резекции не рассматривалась как осложнение, место перфорации закрывалось слизистой краев образовавшегося дефекта путем клипирования с помощью эндо-клипс и/или наложением лигатур («Olympus», Япония). Время операций от 1 до 4 часов. Имели место 2 кровотечения из ложа удаленной опухоли, которые остановлены эндоскопически при помощи аргоно-плазменной коагуляции и/или диатермокоагуляции, или наложением эндо-клипс. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Патоморфологическое заключение резецированных участков: во всех случаях верифицирована высокодифференцированная нейроэндокринная опухоль – кардиноид. Опухолевого роста по линии резекции не выявлено. Выписка пациентов производилась на 5–7 сутки. При последующих контрольных эндоскопических осмотрах с проведением биопсии из области проведенных операций данных за рецидив опухоли не получено. В одном из случаев при контрольном осмотре через 3 месяца после последнего эндоскопического удаления НЭО желудка (множественный мультицентричный рост), проведено 2-х этапное удаление новообразований с интервалом между вмешательствами в 2 недели. Позднее выявлены новые очаги НЭО (гистологически верифицированы). Учитывая выраженную сопутствующую патологию, в проведении хирургического лечения пациенту в объеме гастрэктомии отказано. Произведено повторное (третье) эндоскопическое удаление выявленных новообразований в объеме субмукозальной эндодиссекции. Через 3 и 6 месяцев данных за рецидив, появление новых очагов неоплазии не выявлено.

Результаты и обсуждение

Накопленный опыт (107 эндоскопических вмешательств) свидетельствует, что эндоскопи-

ческие вмешательства по поводу НЭО ЖКТ можно рассматривать как радикальные вмешательства, альтернативные открытым хирургическим операциям, а осложнения при их использовании отмечаются редко.

Выводы

Эндоскопическое удаление НЭО ЖКТ может быть проведено тем пациентам, которым не может быть выполнена хирургическая операция в

связи с высоким операционным риском, отказе от операции, при первично-множественной локализации рака (в случае выявления рака при дообследовании на этапе лечения опухоли другой локализации). Хирург-эндоскопист, выполняющий радикальные вмешательства, должен владеть методикой ультразвуковой эндоскопии. Интервал между исследованием и операцией не должен превышать более 2 недель из-за возможного увеличения глубины инфильтрации новообразованием стенки органа.

Стаття надійшла до редакції: 25. 07. 2013

*С. В. Яйцев, К. С. Зуйков, В. Н. Корольов, І. Ю. Суrowцев
Південно-Уральський державний медичний університет
Челябінський обласний клінічний онкологічний диспансер*

ЕНДОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ НЕЙРОЕНДОКРИННИХ ПУХЛИН ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Представлені можливості сучасної ендоскопії в діагностиці та лікуванні нейроендокринних пухлин шлунково-кишкового тракту. При наявності показань ендоскопічне видалення певної групи цих новоутворень є не тільки радикальним, але і більш щадним видом лікування для пацієнта, ніж хірургічне втручання.

Ключові слова: нейроендокринні пухлини, шлунково-кишковий тракт, субмукозальна ендодисекція.

*S. V. Yaitsev, K. S. Zuykov, V. N. Korolyov, I. Yu. Survtsev
Yuzhnouralsk State Medical University,
Chelyabinsk Regional Clinical Oncology Dispensary*

ENDOSCOPIC TREATMENT OF THE NEUROENDOCRINE GASTROINTESTINAL TUMORS

We present the possibilities of modern endoscopy in the diagnosis and treatment of malignant tumors of the gastrointestinal tract. If there are indications of endoscopic removal of certain cancers are not only dramatic, but also more gentle kind of treatment for the patient than surgery.

Keywords: neuroendocrine tumors, gastrointestinal tract, submucosal endodissection.