

УДК 616.34-006.55

В.В. Бойко

Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами, м. Київ

ЕНДОСКОПІЧНА РЕЗЕКЦІЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПРИ НЕПОЛІПОПОДІБНИХ УТВОРАХ ТОВСТОЇ КИШКИ

Резюме. У роботі представлено результати ендоскопічної резекції слизової 432 неполіпоподібних колоректальних неоплазій у 318 пацієнтів при застосуванні ендоскопії зі збільшенням і хромоскопії для оцінки ризику прогресії захворювання з урахуванням гістологічної картини, техніки видалення, ускладнень і рецидивів. Встановлено, що ендоскопічна резекція слизової оболонки при неполіпоподібних утворах товстої кишки є безпечним і ефективним методом лікування колоректальних неоплазій і методом вибору при їх розмірах до 20 мм. Присутність компонента 0-Іс у неполіпоподібному утворі достовірно пов'язано з наявністю дисплазії або аденокарциноми.

Мета роботи – провести ретроспективну оцінку результатів ендоскопічної резекції слизової оболонки при неполіпоподібних колоректальних неоплазіях при застосуванні ендоскопії зі збільшенням.

Матеріали і методи дослідження. Ендоскопічною резекцією слизової (EMR) видалено 432 неполіпоподібних колоректальних неоплазій у 318 пацієнтів за період із січня 2011 до січня 2018 року. Чоловіків було 162, жінок – 156, вік пацієнтів – від 32 до 94 років. У всіх пацієнтів застосувалася в/в седація (пропофол).

Результати та їх обговорення. Максимальна кількість утворів, видалених в одного пацієнта, – 7, крім того, у 3 пацієнтів було видалено по 5, у 6 пацієнтів – по 3, а у 9 – по 2 утвори. Більшість неполіпоподібних утворів – 258 (59,7%) – були плоского припіднятого типу (0-Іа), локалізувалися в правих відділах товстої кишки і представляли собою аденоми з різним ступенем дисплазії. Розмір неоплазій – від 2 до 40 мм.

Висновки. Ендоскопічна резекція слизової оболонки при неполіпоподібних утворах товстої кишки є безпечним і ефективним методом лікування колоректальних неоплазій і методом вибору при їх розмірах до 20 мм. Присутність компонента 0-Іс в неполіпоподібному утворі достовірно пов'язано з наявністю дисплазії або аденокарциноми.

Ключові слова: колоректальні неоплазії, ендоскопічна резекція слизової (EMR), тотальна колоноскопія, хромоскопія.

Актуальність. Колоректальний рак (КРР) займає третє місце в структурі захворюваності і смертності від раку у світі. З кожним роком ці цифри збільшуються. За даними міжнародного агентства з вивчення раку (IARC), у 2000 році в світі на КРР захворіло 950 000, а померло 500 000 чоловік, у 2002 році – 1 023 152 і 528 978 відповідно, а в 2008 році – 1 235 108 і 609 051 чоловік відповідно [5]. В Україні також відзначається ріст захворюваності і смертності від цього захворювання: у 2016 році – 16 196 і 9085 чоловік відповідно [8]. Єдиним ефективним методом зниження рівня захворюваності та смертності є раннє виявлення та ендоскопічне видалення колоректальних неоплазій при скринінговій колоноскопії [3; 4].

Мета роботи – провести ретроспективну оцінку результатів ендоскопічної резекції слизової оболонки при неполіпоподібних колоректальних неоплазіях при застосуванні ендоскопії зі збільшенням, електронної та вітальної хромоскопії для оцінки ризику прогресії захворювання з урахуванням гістологічної картини, техніки видалення, ускладнень і рецидивів.

Матеріали і методи дослідження. Ендоскопічною резекцією слизової (EMR) видалено 432 неполіпоподібних колоректальних неоплазій у 318 пацієнтів за період із січня 2011 до січня 2018 року. Чоловіків було 162, жінок – 156, вік пацієнтів – від 32 до 94 років. У всіх пацієнтів застосувалася в/в седація (пропофол). Попередньо усім пацієнтам була виконана тотальна колоноскопія апаратами EC590ZW/L

(Fujinon, Japan) з функцією збільшення та електронна хромоскопія (FICE) апаратом EC38-i10L (PENTAX, Japan) з відеопроцесором ЕРК-і7000 та функцією iScan і CF-150 чи 160L (Olympus, Japan). Підготовка кишечника проводилася препаратами поліетиленгліколю (MOVIPREP®, EZICLEN®, FORTTRANS®), у тому числі за розробленим способом підготовки товстої кишки до колоноскопії [2].

Морфологічна оцінка утворів проводилася за Паризькою класифікацією епітеліальних неоплазій [6]. Ендоскопічна резекція слизової включала такі етапи:

електронна хромоскопія в режимі FICE, iScan та огляд зі збільшенням;

вітальна хромоскопія (прицільна чи тотальна) 0,5% розчином індігокарміну [1] для класифікації малюнка слизової (*pit-pattern*) за S. Kudo [7];

підслизове введення розчину (0,9% розчин NaCl) за допомогою інжектора NM-220L (Olympus, Japan);

видалення петлею SD-16U-1 або SD 17U-1 (Olympus, Japan) або петлями (MTW, Germany) з використанням електрохірургічних блоків (ERBE, Olympus).

Оцінка результатів. Ендоскопічними критеріями радикального видалення утвору в межах здорових тканин вважалися наявність по краю пострезекційної рани тільки кишкових ямок I або II типу за S. Kudo і відсутність слизової оболонки в дні рани.

Результати та їх обговорення. Максимальна кількість утворів, видалених в одного пацієнта, – 7, крім того, у 3 пацієнтів було видалено по 5, у 6 пацієнтів – по 3, а у 9 – по 2 утвори. Більшість неполіпоподібних утворів – 258 (59,7%) – були плоского припіднятого типу (0-IIa), локалізувалися в правих відділах товстої кишки і представляли собою аденоми з різ-

Таблиця

Характеристика видалених неполіпоподібних утворів (n = 432)

Показники	Кількість випадків	
	абс.	%
Локалізація		
Пряма кишка	62	14,6
Сигмоподібна кишка	71	16,4
Нисхідна кишка та селезінковий згин	42	9,7
Попереочно-ободова кишка	56	12,9
Висхідна кишка та печінковий згин	106	24,5
Сліпа кишка	95	21,9
Тип за Паризькою класифікацією		
0-IIa	258	59,7
0-IIb	24	5,6
0-IIc	5	1,1
0-IIa+c, 0-IIc+a	89	20,6
LST (Lateraly Spreading Tumor)	76	13
Розміри		
6–10 мм	171	39,6
11–15 мм	114	26,4
16–20 мм	56	12,9
≥ 21 мм	91	21,1
Гістологічний діагноз		
Аденома (тубулярна, тубулярно-ворсинчата, ворсинчата)	255	59,1
Аденома з LGD	86	19,9
Аденома з HGD	59	13,6
Інтрамукозна Ca	24	5,6
Загублені	8	1,8

ним ступенем дисплазії. Розмір неоплазій – від 2 до 40 мм (табл.).

При аналізі взаємозв'язку морфологічної характеристики пухлини з наявністю дисплазії або аденокарциноми було встановлено, що тільки присутність заглиблення (0-Пс компонент) достовірно пов'язана з невітшною гістологічною картиною. Із 94 пухлин з 0-Пс компонентом у 72 випадках була знайдена дисплазія низького (46) і високого (26) ступенів і в 19 – аденокарцинома. За відсутності заглиблення (338 утворів) дисплазія спостерігалася в 73 та аденокарцинома – у 5 випадках. Різниця була статистично достовірною ($p < 0,05$). У той же час розмір неоплазій, за нашими даними, не дозволяв достовірно прогнозувати наявність невітшної гістологічної картини.

Ускладнення зареєстровані у 24 (5,5%) випадках. Перфорацій – 0. Кровотеча – 15 (зупинено ендоскопічним гемостазом). У 9 пацієнтів із резекцією утворів у сліпій (5) та сигмоподіб-

ній (4) кишці спостерігався посткоагуляційний синдром (субфебрильна температура, перитонізм без вільного газу чи рідини в черевній порожнині), який був зупинений консервативно протягом 1–2 діб. Рецидив утвору діагностовано в 5 (1,1%) випадках при контрольному огляді через 6 міс. після втручання.

Ендоскопічний контроль виконувався через 3, 6 і 12 міс. після втручання. Оцінювались ендоскопічна характеристика утвору, його взаємозв'язок із гістологічною картиною, техніка видалення, ускладнення, що виникли, і частота рецидивів.

Висновки. Ендоскопічна резекція слизової оболонки при неполіпоподібних утворах товстої кишки є безпечним і ефективним методом лікування колоректальних неоплазій і методом вибору при їх розмірах до 20 мм. Присутність компонента 0-Пс у неполіпоподібному утворі достовірно пов'язана з наявністю дисплазії або аденокарциноми.

Список використаних джерел

1. Патент на корисну модель № 66488. Україна А61В 1/00. Спосіб тотальної хромоколоноскопії. Нікішаєв В.І., Бойко В.В., Лемко І.І., Лазарчук В.М. Заявлено 18.05.2011. Опубліковано 10.01.2012 / Промислова власність. Офіційний бюлетень. – № 1.
2. Патент на корисну модель № 66487. Україна А61В 1/00. Спосіб підготовки товстої кишки до колоноскопії. Нікішаєв В.І., Бойко В.В., Лазарчук В.М. Заявлено 18.05.2011. Опубліковано 10.01.2012 / Промислова власність. Офіційний бюлетень. – № 1.
3. Lambert R., Saito H., Saito Y. (2007) High-resolution endoscopy and early gastrointestinal cancer dawn in the East. *Endoscopy*. 39: 232–237.
4. Lambert R., Kudo S., Vieth M. et al. (2009) Pragmatic classification of superficial neoplastic colorectal lesions. *Gastrointestinal Endoscopy*. 70: 6: 1182–1199.
5. *World Cancer Report 2000, 2002, 2008, 2016*.
6. *The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions (2003) Gastrointest. Endosc.* 58; 6: 3–43.
7. Kudo S. (1993) Endoscopic mucosal resection of flat and depressed types of early colorectal cancer. *Endoscopy*. 25; 7: 455–461.
8. *Cancer in Ukraine, 2016–2017, Ukrainian cancer registry statistics, 2018*.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ НЕПОЛИПОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

В.В. Бойко

Резюме. В работе представлены результаты эндоскопической резекции слизистой 432 неполиповидных колоректальных неоплазий у 318 пациентов при использовании эндоскопии с увеличением и хромокопии для оценки риска прогрессии заболевания с учетом гистологической картины, техники удаления, осложнений и рецидивов. Установлено, что эндоскопическая резекция слизистой оболочки при неполиповидных образованиях толстой кишки является безопасным и эффективным методом лечения колоректальных неоплазий и методом выбора при их размерах до 20 мм. Наличие компонента 0-Пс в неполиповидном образовании достоверно связано с наличием дисплазии или аденокарциномы.

Цель работы – провести ретроспективную оценку результатов эндоскопической резекции слизистой оболочки при неполиповидных колоректальных неоплазиях при применении эндоскопии с увеличением.

Материалы и методы исследования. Эндоскопической резекцией слизистой (EMR) удалены 432 непוליповидные колоректальные неоплазии в 318 пациентов за период с января 2011 по январь 2018 года. Мужчин было 162, женщин – 156, возраст пациентов – от 32 до 94 лет. У всех пациентов применялась в/в седация (пропофол).

Результаты и их обсуждение. Максимальное количество образований, удаленных у одного пациента, – 7, кроме того, у 3 пациентов были удалены по 5, у 6 пациентов – по 3, а в 9 – по 2 образования. Большинство непוליповидных образований – 258 (59,7%) – были плоского приподнятого типа (0-IIa), локализовались в правых отделах толстой кишки и представляли собой аденомы с различной степенью дисплазии. Размер неоплазий – от 2 до 40 мм.

Выводы. Эндоскопическая резекция слизистой оболочки при непוליповидных образованиях толстой кишки является безопасным и эффективным методом лечения колоректальных неоплазий и методом выбора при их размерах до 20 мм. Присутствие компонента 0-IIc в непוליповидном образовании достоверно связано с наличием дисплазии или аденокарциномы.

Ключевые слова: колоректальные неоплазии, эндоскопическая резекция слизистой (EMR), тотальная колоноскопия, хромокопия.

ENDOSCOPIC RESECTION OF THE MUCOUS MEMBRANE WITH NON-POLYPOUS FORMATIONS OF THE COLON

V. Boyko

Summary. The results of endoscopic mucosal resection of 432 non-polypoid colorectal neoplasias in 318 patients are presented using magnification endoscopy and with chromoscopy to assess the risk of disease progression with account for histological pattern, technique of resection, complications and relapses. There was found that endoscopic mucosal resection is a safe and effective treatment for non-polypoid lesions of the colorectum and may be an alternative to surgery in selected patients. Presence of 0-IIc focus significantly correlates to the presence of dysplasia or adenocarcinoma.

The purpose of the work is to carry out a retrospective assessment of the results of endoscopic resection of the mucous membrane in non-polio colorectal neoplasia with the use of an endoscopy with an increase.

Materials and methods of research. Endoscopic mucosal resection (EMR) removed 432 non-lipid colorectal neoplasias in 318 patients from January 2011 to January 2018. Men were 162, women – 156, age of patients – from 32 to 94 years. All patients were treated with sedation (propofol).

Results and their discussion. The maximum number of formations removed in one patient was 7, in addition, in 3 patients, 5 were eliminated, 6 in patients by 3, and 9 in 2 cases. Most non-polar formations – 258 (59.7%) – were flat elevation type (0-IIa), localized in the right sections of the colon and were adenomas with varying degrees of dysplasia. The size of the neoplasia is from 2 to 40 mm.

Conclusions. Endoscopic resection of the mucous membrane in non-lipid creations, then all gut is a safe and effective method of treating colorectal neoplasia and a method of choice with their sizes up to 20 mm. The presence of the 0-IIc component in non-lipid formation is reliably linked to the presence of dysplasia or adenocarcinoma.

Keywords: non-polypoid colorectal neoplasia, endoscopic mucosal resection, total colonoscopy, chromoscopy.

Рекомендовано до публікації:
доктор медичних наук **В.М. Гончаренко**
Дата надходження рукопису: 25.09.2018

Бойко Володимир Васильович – заступник головного лікаря Клінічної лікарні «Феофанія» ДУС,
канд. мед. наук, поза штатний головний спеціаліст
Управління охорони здоров'я та санаторно-курортних закладів ДУС
зі спеціальністю «Ендоскопія»,
генеральний секретар ГО «Всеукраїнська асоціація ендоскопістів»
Адреса: 03680, м. Київ, вул. Академіка Заболотного, 21
E-mail: boyko_doc@ukr.net
Контактні тел.: (044) 259-69-51; (044) 259-61-97 (для кореспонденції)