

КОЛОНОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Крушельницкий В. С., Корочанская Н. В., Дурлештер В. М., Габриэль С. А., Гучетль А. Я.

ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар

Крушельницкий Владимир Станиславович

350089, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2

Тел. 8 (861) 222-00-08

E-mail: KVS-endo@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Целью нашего исследования является определение эффективности эндоскопических методик в диагностике и лечении полиповидных образований толстой кишки в условиях многопрофильной городской больницы.

Материалы и методы: За период 01.01.2011 – 01.01.2012 в эндоскопическом отделении многопрофильной больницы № 2 города Краснодара (ГБУЗ ККБ № 2 с февраля 2013 года) выполнено 5811 колоноскопий (КС), из них 332 эндоскопические петлевые полипэктомии, 12 эндоскопических резекций слизистой оболочки.

Результаты. Выбор методики эндоскопического удаления зависел от макроскопического вида новообразования и его гистологической структуры по данным дооперационного ГИ. Образования Ip и Is типа (Парижская эндоскопическая классификация поверхностных новообразований пищевода, желудка и толстой кишки (2002) в большинстве случаев удалялись методом петлевой полипэктомии, (при выявлении в образованиях Is типа дисплазии III степени и выше выполнялась эндоскопическая резекция слизистой оболочки). Образования IIa и IIb удалялись методом эндоскопической резекции слизистой оболочки, наличие IIc-компонента расценивали как неблагоприятный прогностический признак и ограничивались взятием расширенной петельной биопсии. При эндоскопическом удалении 32 ворсинчатых опухолей толстой кишки (размер 17 из них превышал 3,0 см, а 3 был более 5,0 см) было получено 2 осложнения, в одном случае потребовалось хирургическое лечение в экстренном порядке.

В зависимости от данных гистологического исследования удаленных полиповидных образований были определены следующие сроки эндоскопического контроля: 1, 3, 6 и 12 месяцев. Отсутствие рецидива роста оценивалось не только визуально, во всех случаях контроля из рубцов слизистой оболочки толстой кишки также бралась биопсия.

Заключение: пациенты с полиповидными образованиями толстой кишки нуждаются в динамическом диспансерном наблюдении с применением эндоскопических методик в связи с повышенным риском онкотрансформации.

Ключевые слова: колоноскопия; полиповидное образование; петлевая резекция слизистой оболочки

SUMMARY

Aim of the study: the estimation of endoscopic methods efficacy in diagnostics and treatment of colon polypoid neoplasm. The study was carried out in versatile city hospital.

Methods and materials: 5811 colonoscopies (CS) were executed in endoscopic department of versatile city hospital Nr. 2, Krasnodar during the period of 01.01.2011 – 01.01.2012 years. There were 332 endoscopic loop polypectomies, and 12 endoscopic mucosal resections among 5811 CS.

Results: The choice of endoscopic extraction method depended on neoplasm microscopic type and its histological structure according to pre-operated histological investigation. In the most cases the neoplasm Ip and Is types were extracted by loop polypectomy. In cases of III grade or more dysplasia in the neoplasm Ip and Is types had revealed the endoscopic mucosal resection was performed. The neoplasm IIa and IIb were extracted by the endoscopic mucosal resection. The presence of IIc component was assessed as a bad prognostic feature and only the dilatated loop biopsy was carried out.

During the endoscopic extraction of 32 villous tumors of the colon (size of 17 ones was more than 3.0 cm, and 3 ones was more 5.0 cm) 2 complications occurred and an urgent surgery was carried out in 1 case.

The following periods of endoscopic control were determined according to extracted polypoid neoplasm histological data: 1, 3, 6 and 12 months. The relapse absence was assessed not only visually, but by biopsy from colon mucosal scars.

Conclusion: patients with the colon polypoid neoplasm need the dynamic clinic endoscopic supervision because of increased risk of oncotransformation.

Keywords: colonoscopy; polypoid neoplasm; loop resection of the mucosa

ВВЕДЕНИЕ

Проблеме выявления полипозности в колопроктологии посвящено много скрининговых программ активного выявления опухолей, включающих комплексное обследование с применением различных клинических, лабораторных и инструментальных методов [1]. Большинство исследователей рассматривают полиповидные образования как основной фактор развития рака. Риск злокачественной трансформации полипов расценивается в пределах от 3 до 20%, причем он значительно возрастает с увеличением размеров образований, составляя при полипах диаметром более 2,0 см 30–35% [2]. Наиболее точным методом обнаружения полипов является колоноскопия [3], позволяющая более чем в 95% случаев произвести тотальный осмотр слизистой толстой кишки. Важным аспектом является разработка оптимального индивидуализированного алгоритма эндоскопического мониторинга пациентов, подвергшихся малоинвазивному лечению по поводу эпителиальных новообразований толстой кишки.

Целью нашего исследования было определение эффективности эндоскопических методов в диагностике и лечении полиповидных образований толстой кишки в условиях многопрофильной городской больницы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период 01.01.2011–01.01.2012 в эндоскопическом отделении многопрофильной больницы №2 Краснодара выполнено 5811 колоноскопий (КС), из них 332 эндоскопические петлевые полипэктомии, 12 эндоскопических резекций слизистой оболочки.

Нами проанализирована структура патологии толстой кишки при проведении КС, представленная в *табл. 1*.

Из таблицы видно, что полиповидные образования, требующие морфологической оценки, по частоте встречаемости среди выявленной патологии уступили первенство лишь дивертикулярному поражению и составили 9,5% (552 случая).

Мы провели анализ клинической характеристики пациентов с выявленными полиповидными образованиями. Результаты анализа представлены в *табл. 2*.

В *табл. 3* приведены данные о локализации выявленных полиповидных образований ($n = 995$).

Из таблицы следует, что абсолютное большинство полиповидных образований локализовались в левой половине толстой кишки — 70%, из них в прямой и сигмовидной кишке — 50%.

Основными методами эндоскопического лечения полиповидных образований толстой кишки являются: колпачковая петлевая резекция слизистой оболочки, эндоскопическая резекция слизистой оболочки при помощи резектотома, эндоскопическая петлевая полипэктомия и эндоскопическая

петлевая резекция слизистой оболочки [4]. Последние два метода мы активно применяем в нашей клинике.

При эндоскопической петлевой полипэктомии происходит набрасывание диатермической петли на основание образования, затягивание петли и отсечение последнего чередованием режимов «коагуляция» и «резка».

Нами были проанализированы размеры образований, подвергнутых петлевой полипэктомии (*табл. 4*).

При эндоскопической петлевой резекции слизистой оболочки после маркировки границ образования создается гидравлическая подушка для снижения риска перфорации и максимально радикального иссечения образования. В качестве раствора для подслизистого введения мы используем раствор глицерола, подкрашенный метиленовым синим. После «приподнимания» образования происходит его отсечение при помощи диатермической петли.

В *табл. 5* приведены размеры образований, удаленных методом эндоскопической петлевой резекции слизистой оболочки ($n = 12$).

В *табл. 6* мы суммировали информацию о локализации образований, удаленных методом эндоскопической петлевой резекции слизистой оболочки ($n = 12$).

За анализируемый период нами выполнено удаление 32 ворсинчатых опухолей толстой кишки. Мы рассматриваем данную категорию образований отдельно, учитывая их высокий индекс малигнизации и, как правило, более крупные размеры. Заметим, что 62% ($n = 20$) удаленных ворсинчатых опухолей локализовались в левой половине толстой кишки и 38% ($n = 12$) — в правой. *Табл. 7* отражает размеры данных образований ($n = 32$).

Обращает на себя внимание тот факт, что удаленные нами ворсинчатые опухоли крупнее других выявленных новообразований. За анализируемый период возникло 2 осложнения, оба после удаления крупных ворсинчатых опухолей. В первом случае мы столкнулись с кровотечением после удаления ворсинчатой опухоли слепой кишки. Образование размером более 4,0 см было поэтапно иссечено, после удаления отмечалось струйное подтекание крови в области оперативного вмешательства. При помощи механического метода эндоскопического гемостаза кровотечение было остановлено применением вращающегося эндоскопического клипатора *Olympus*, на рану были наложены четыре танталовые клипсы. Во втором случае после попытки поэтапного иссечения ворсинчатой опухоли сигмовидной кишки (образование на широком основании, размер образования более 5,0 см) диагностирована перфорация стенки органа. В экстренном порядке выполнена резекция сигмовидной кишки с наложением

Таблица 1

| СТРУКТУРА ВЫЯВЛЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ (N = 5811) | | |
|--|-----------------------|------|
| Виды патологий | Абсолютное количество | % |
| Дивертикулы (дивертикулез), в том числе сегментарный | 726 | 12,5 |
| Сансер толстой кишки | 186 | 3,2 |
| Эрозивный колит | 53 | 0,92 |
| Неспецифический язвенный колит | 23 | 0,4 |
| Болезнь Крона толстой кишки | 2 | 0,04 |
| Полиповидные образования, требующие морфологической оценки | 552 | 9,5 |

Таблица 2

| КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ВЫЯВЛЕННЫМИ ПОЛИПОВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ | | |
|--|------------------|------|
| Возраст | Абсолютное число | % |
| До 44 лет | 48 | 8,8 |
| 45 – 49 лет | 173 | 31,3 |
| 60 – 74 года | 266 | 48,2 |
| 75 – 89 лет | 65 | 11,7 |
| Пол | | |
| Мужской | 192 | 34,8 |
| Женский | 360 | 65,2 |
| Количество полипов, выявленных у одного пациента | | |
| Одно полиповидное образование | 303 | 54,8 |
| 2 – 5 полиповидных образований | 234 | 42,4 |
| Больше 5 полиповидных образований | 15 | 2,8 |

анастомоза «конец в конец». На девятые сутки пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

ВЫВОДЫ

Эндоскопические малоинвазивные вмешательства являются приоритетным методом в лечении доброкачественных новообразований и ранних форм рака толстой кишки. Учитывая высокий индекс малигнизации таких новообразований, затраты на лечение пациентов, перенесших полостные операции, оперативная эндоскопия должна все шире внедряться в современный лечебно-диагностический процесс. Анализ наших наблюдений показал, что при своевременном выявлении и достаточном оснащении стационара возможно излечение пациентов с доброкачественными новообразованиями толстой кишки и ранними формами рака толстой кишки с небольшим количеством осложнений. В дальнейшем такие пациенты нуждаются в динамическом диспансерном наблюдении для своевременной диагностики рецидива полиповидных образований.

В остальных случаях органической патологии толстой кишки выявлено не было, а выявленные изменения слизистой соответствовали катаральному колиту.

Таблица 3.

| ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОЛИПОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКАХ | | |
|--|-----------------------|----|
| Отдел толстой кишки | Абсолютное количество | % |
| Прямая кишка | 239 | 24 |
| Сигмовидная кишка | 358 | 36 |
| Нисходящая ободочная кишка | 99 | 10 |
| Поперечно ободочная кишка | 90 | 13 |
| Восходящая ободочная кишка | 90 | 9 |
| Слепая кишка | 80 | 8 |

Таблица 4.

| РАЗМЕРЫ ПОЛИПОВ, УДЕЛЕННЫХ МЕТОДОМ ПЕТЛЕВОЙ ПОЛИПЭКТОМИИ (n = 332) | | |
|--|-----------------------|----|
| Размеры образований | Абсолютное количество | % |
| До 1,0 см | 199 | 60 |
| 1,1 – 2,0 см. | 63 | 19 |
| 2,1 – 3,0 см. | 43 | 13 |
| Более 3,0 см. | 27 | 8 |

Таблица 5.

| РАЗМЕРЫ ПОЛИПОВ, УДЕЛЕННЫХ МЕТОДОМ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ (n = 12) | | |
|--|-----------------------|----|
| Размеры образований | Абсолютное количество | % |
| До 2,0 см | 4 | 35 |
| 2,1 – 3,0 см. | 5 | 45 |
| Более 3,0 см. | 3 | 20 |

Таблица 6.

| ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАНИЙ, УДЕЛЕННЫХ МЕТОДОМ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ ПЕТЛЕВОЙ РЕЗЕКЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ (n = 12) | | |
|---|-----------------------|----|
| Отдел толстой кишки | Абсолютное количество | % |
| Прямая кишка | 4 | 35 |
| Сигмовидная кишка | 5 | 45 |
| Правая половина толстой кишки | 3 | 20 |

Таблица 7.

| РАЗМЕРЫ УДЕЛЕННЫХ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ (n = 32) | | |
|---|-----------------------|----|
| Размеры образований | Абсолютное количество | % |
| До 3,0 см | 15 | 47 |
| 3,1 – 4,0 см. | 12 | 38 |
| Более 4,0 см. | 5 | 15 |

ЛИТЕРАТУРА

1. Fearon, E. J. L. A genetic model for colorectal tumorigenesis / E. J. L. Fearon, B. A. Vogelstein // Cell. — 1990. — Vol. 61. — P. 759–767.
2. Долецкий, С. Я. Эндоскопия органов пищеварительного тракта у детей / С. Я. Долецкий, В. П. Стрекаловский, Е. В. Климанская, О. А. Сурикова. — М.: Медицина, 1984.
3. Lieberman, D. A. One-Time Screening for Colorectal Cancer with Combined Fecal Occult — Blood Testing and Examination of the Distal Colon / D. A. Lieberman et al. // New Engl. J. Med. — 2001. — No. 345. — P. 555–560.
4. Руководство по клинической эндоскопии / В. С. Савельев, Ю. Ф. Исаков, Н. А. Лопаткин и др. — М.: Медицина, 1985. — 544 с.



КОЛОНОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

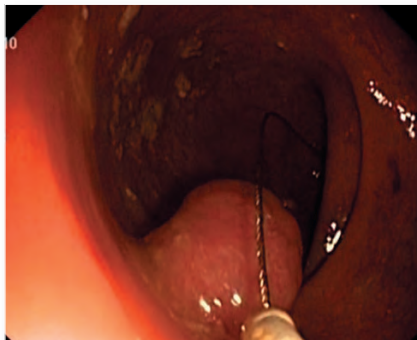


Рис. 1. На полиповидное образование сигмовидной кишки набрасывается диатермическая петля



Рис. 2. Затягивание диатермической петли под головкой полиповидного образования



Рис. 3. Стелющееся полиповидное образование в куполе слепой кишки

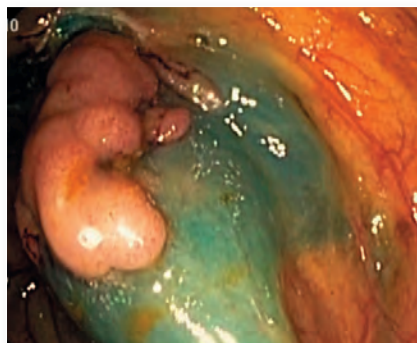


Рис. 4. Создание «гидравлической подушки безопасности»

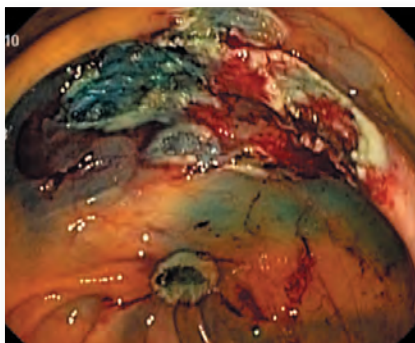


Рис. 5. Пострезекционная рана

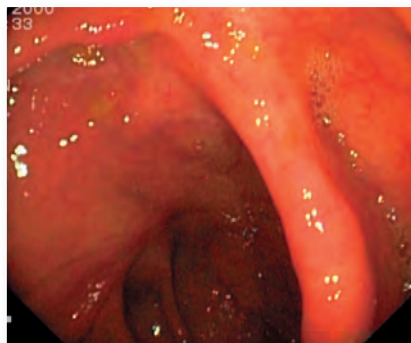


Рис. 6. Эндоскопический контроль через 6 месяцев