

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК: 616.345-006.03-072.1

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ПРИ ЕГО АДЕНОМАХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ МАЛИГНИЗАЦИИ КАК АЛЬТЕРНАТИВА РЕЗЕКЦИИ КИШКИ
А.В. Зензин¹, Д.С. Михалик², А.А. Павлов²

¹Смоленский областной онкологический клинический диспансер, Россия, 214000, Смоленск, ул. Жукова, 19

²Смоленская государственная медицинская академия, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

Аденомы толстого кишечника имеют высокий риск быстрого роста (увеличения в размерах) и перерождения в рак. Поэтому тактика ведения пациентов с данным предраковым заболеванием однозначна – эндоскопическая полипэктомия. В случае высокого риска малигнизации аденом особо остро стоит вопрос о выборе оперативного вмешательства: резекция толстого кишечника или малоинвазивное хирургическое вмешательство. В данной статье на конкретном примере рассматривается возможность эндоскопической полипэктомии, как альтернативы резекции кишки.

Ключевые слова: толстый кишечник, аденома, полипэктомия, малигнизация

ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION OF THE LARGE INTESTINE WITH ADENOMAS OF HIGH MALIGNIZATION RISK AS AN ALTERNATIVE TO THE BOWEL RESECTION

A.V. Zenzin¹, D.S. Mihalik², A.A. Pavlov²

¹Smolensk Regional Clinical Oncology Dispensary, Russia, 214000, Smolensk, Zhukov St., 19

²Smolensk State Medical Academy, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya St., 28

Large intestine adenomas have a high risk of rapid growth (increase in size) and oncological regeneration. Therefore, clinical management in case of this precancerous condition is unique, and is represented by endoscopic polypectomy. In case of a high risk of adenomas malignization surgical interference issue is especially urgent: resection of the large intestine vs. minimally invasive surgery. This article represents endoscopic mucosal resection of the large intestine with adenomas of high malignization risk as an alternative to the bowel resection.

Key words: large intestine, adenoma, polypectomy, malignization

Современный этап развития эндоскопического оборудования позволяет диагностировать на ранних этапах многие предраковые заболевания, одним из которых являются аденомы толстого кишечника. В случае высокого риска малигнизации аденом особо остро стоит вопрос о выборе оперативного вмешательства: резекция толстого кишечника или малоинвазивное хирургическое вмешательство. В настоящее время методики проведения эндоскопической резекции слизистой оболочки толстого кишечника при аденомах и ранних раках прямой и ободочной кишки считаются достаточно наработанными [2, 5, 9]. Проведение малоинвазивного хирургического вмешательства должно быть обеспечено как адекватным анестезиологическим пособием, так и дополнительными аксессуарами (диатермокоагулятор, инжектор с автоматической подачей жидкости в подслизистый слой, биопсийные щипцы и эндоскопический резектор или диссектор слизистой оболочки [3, 4].

Учитывая всё вышеизложенное следуе отметить, что эндоскопические оперативные вмешательства активно производятся не только за границей, но и в крупных эндоскопических центрах РФ [3, 4, 6, 9, 10]. Причём наиболее «благоприятными» органами желудочно-кишечного тракта для такого рода оперативных вмешательств считается желудок (имеет достаточную толщину подслизистого и мышечного слоев) и прямая кишка (имеет дополнительную фиксацию параректальной клетчаткой) [1, 7, 8]. Вмешательства на сигмовидной кишке, как на более «подвижном» отделе толстого кишечника, имеют высокий риск перфорации из-за малой толщины слоев ее стенки.

Независимо от органа желудочно-кишечного тракта, на котором производится эндоскопическое вмешательство, тактика проведения малоинвазивной хирургической манипуляции остается неизменной:

1. Диатермокоагуляционная «разметка» (прижигание) интактной слизистой вокруг экзофитного образования полого органа отступая на 5-6 мм от его края.
2. Инфузия в подслизистый слой органа с помощью инжектора ручной или автоматической подачи (параллельно произведенной ранее диатермокоагуляционной разметке) изотонического раствора NaCl (возможно, с добавлением 1 мл 1% раствора адреналина гидрохлорида) с целью более четкой визуализации основания экзофитного образования (за счет «приподнятия» его над общим рельефом слизистой оболочки).
3. Диатермокоагуляционный «надрез» слизистой по отмеченным разметкам резектором или диссектором с последующим «отслоением» ее вместе с экзофитным образованием до подслизистого слоя (резекция). С целью улучшения «отслоения» допускается использование дополнительных аксессуаров (биопсийные щипцы, «захват» по типу «крокодил» и т. д.).

Учитывая длительность оперативного вмешательства, пациенту рекомендуется анестезиологическое пособие в виде внутривенного или эндотрахеального наркозов. Возможное осложнение в виде кровотечения из сосудов подслизистого слоя устраняется путем их дополнительной «точечной» коагуляции. В послеоперационном периоде для заживления образовавшейся ожоговой язвы слизистой оболочки рекомендовано консервативное ее лечение Н-2 блокаторами и (или) репарантами (солкосерил, актовегин и т. д.).

Вышеописанный метод эндоскопического удаления полипов сигмовидной кишки (и других отделов ободочной кишки) с высоким риском малигнизации, как правило, является «золотым стандартом» малого оперативного вмешательства. Операцией выбора (при отсутствии противопоказаний) остается резекция сигмовидной кишки. Однако по ряду причин, проведение резекции сигмовидной кишки не всегда является возможной. Поэтому приоритет должен оставаться за малоинвазивными методами хирургического лечения, проведение которых может быть ограничено ввиду отсутствия должного эндоскопического оснащения. В таких случаях (с учетом квалификации и опыта работы врача-эндоскописта) может допускаться использование только «точечных» диатермокоагуляторов и диатермокоагуляционных петель, применяемых для полипэктомий.

Пример: пациент К., 63-х лет, был обследован в Смоленском областном онкологическом клиническом диспансере по поводу незначительной анемии (Hb – 100%), повышенного СОЭ (23 мм/ч), а также черного жидкого стула (мелены) в незначительном объеме около 3-4-х дней назад.

Пациенту были выполнены следующие виды дополнительных обследований: 1) УЗИ брюшной полости и почек – возрастные изменения; 2) общий анализ крови (кроме вышеуказанных показателей) – без изменений; 3) общий анализ мочи – без изменений; 4) рентгенография ОГК – возрастные изменения; 5) биохимия крови (кроме АЛТ и АСТ) – без изменений; 6) ФЭГДС: При исследовании в препилорическом отделе желудка по малой кривизне, передней и задней стенкам (на фоне слабо выраженных воспалительных изменений СОЖ) определялись 3 острых (поверхностных) язвы желудка по 0,2×0,2×0,1 см каждая, покрытых фибрином, без признаков кровотечения.

С учетом проводимой накануне консервативной терапии по поводу ревматоидного артрита в стадии обострения данные язвы желудка были расценены как симптоматические и являлись наиболее вероятным источником желудочно-кишечного кровотечения. Учитывая локализацию данных язв (с целью исключения перстневидноклеточного рака) из них взята расширенная гистология. Морфологически рак желудка был исключен.

Консервативная антисекреторная терапия («Ультоп» – 20 мг по 1 капс. 2 раза в день, курс – 7 дней) контрольным ФЭГДС констатировала полное заживление поверхностных язв желудка путем эпителизации (без рубца).

Косвенные признаки сопутствующего панкреатита в стадии неполной ремиссии, выявленные при ФЭГДС (подтверждены биохимическим исследованием крови), были купированы консервативно путем приема полиферментных препаратов («Панкреон» – по 2 таб. 3 раза в день, курс – 5 дней).

При проведении ФКС (осмотр – до купола слепой кишки) был выявлен единичный полип дистального отдела сигмовидной кишки (на 17-18 см от ануса по аппарату; полуциркулярной формы; расположен вдоль гаустр слизистой; размером около 3,0×1,0 см; с общим (широким) основанием; выступает в просвет кишки не более чем на 0,5 см; цвета слизистой; не эрозирован; больше напоминал полип 2-го типа по Yamada (классификация 1966 г.).

Вышеописанная эндоскопическая картина больше соответствовала малигнизированному полипу (или раннему раку) сигмовидной кишки, но расширенное цито-морфологическое исследование исключило данное подозрение («папилло-тубулярная аденома толстой кишки с дисплазией призматического эпителия 3-ей степени»).

Решением консультационного совета СООКД (в анамнезе у пациента – перенесенный инфаркт миокарда, сопутствующая артериальная гипертензия 2-3-ей степени, ревматоидный артрит и др.) в проведении резекции сигмовидной кишки пациенту было отказано. В качестве альтернативного решения ему была предложена эндоскопическая резекция слизистой сигмовидной кишки с одномоментным удалением полиповидных разрастаний на слизистой кишечника.

Ввиду отсутствия дополнительных аксессуаров, данное малоинвазивное вмешательство было произведено в амбулаторных условиях с применением только диатермокоагуляционной петли (используемой для полипэктомий) и электрохирургического комплекса «Olympus UES-10».

При проведении оперативного вмешательства была предпринята следующая тактика: фрагментарное (из-за больших размеров) иссечение полиповидных разрастаний на слизистой (произведено в 8 этапов) с последующей диатермокоагуляцией основания вышеописанного полипа до подслизистого слоя. При ФКС-контроле определялась поверхностная (ожоговая) язва слизистой размером около 3,0×1,5×0,2 см, покрыта некротическими массами. Контроль гемостаза. Сухо. Все удаленные фрагменты полипа были извлечены и направлены в патолого-анатомическую лабораторию. Результат морфологического заключения удаленных фрагментов: папиллярно-тубулярная аденома с дисплазией эпителия 3-ей степени. Малигнизации у основания полипа нет.

После проведенного оперативного вмешательства пациенту были даны следующие рекомендации: 1) постельный режим в течение 2-х дней после операции; 2) ограничение тяжелых физических нагрузок в течение 14 дней; 3) контроль артериального давления (дважды в день) в течение 7 дней. Регулярный прием пролонгированных гипотензивных препаратов, прописанных терапевтом; 4) «Солкосерил» – 10 мл, разведенных в 200 мл изотонического раствора NaCl – внутривенно капельно, медленно. 5 сеансов через день; 5) ФКС-контроль (сигмоскопия) через 1 мес.

При проведении ФКС-контроля спустя 1 мес. у пациента отмечалось полное заживление ожогового дефекта слизистой сигмовидной кишки, рецидивирование полипа исключено (слизистая интактна).

Пациент продолжает находиться на диспансерном наблюдении с проведением ФКС 4 раза в год (в течение 1-го года), 2 раза в год (в течение 2-го года) и 1 раза в год (пожизненно). Рецидива заболевания не выявляется.

Выводы

1. При «благоприятных» условиях (удаленность опухоли от ануса; расположение ее на относительно прямом участке кишечника (вне физиологических изгибов), возможно с гиперинсуфляцией воздухом) появляется практическая возможность эндоскопического удаления аденом толстого кишечника с высоким риском малигнизации у основания и ранних раков ободочной кишки «приподнятого» типа (ИЗ СБ) с использованием только диатермокоагуляционной петли (без инжекторов, резекторов и диссекторов слизистой) и оказания анестезиологического пособия пациенту.
2. Проведение данных эндоскопических малоинвазивных хирургических вмешательств (по показаниям!) возможно в амбулаторных условиях при наличии аксессуаров для полипэктомий (с учетом квалификации и опыта работы врача-эндоскописта).
3. Своевременно произведенное эндоскопическое оперативное вмешательство при полипах сигмовидной кишки, имеющих высокий риск малигнизации, позволяет исключить резекцию сигмовидной кишки (как операцию выбора) и улучшает качество жизни пациентов.

Список литературы

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.: Изд.: Триада-Х, 1998. – 483 с.
2. Владимиров А.А., Внеустроев В.Г., Раевская Л.Ю. Зубчатая аденома слепой кишки // Клиническая эндоскопия. – 2007. – Т.11, №2. – С. 39-43.
3. Герхард Порт. Атлас колоноскопии. Руководство по профилактике карцином толстой кишки. – 2008. – 207 с.
4. Мел Ч. Уилкоккс, М. М. Навас, Дж. Й. Санг. Атлас клинической гастроинтестинальной эндоскопии (пер. с англ. под ред. Е.Д. Федорова). – М.: Изд.: ООО «Рид Элсивер», 2010. – 484 с.
5. Опыт диагностики эндоскопического лечения ранних форм рака желудка и толстой кишки / В.В. Бойко, И.В. Сариян, Р.М. Смачило и др. // Актуальные вопросы эндоскопической диагностики и лечения

- раннего рака пищеварительного тракта: Тез.докл. 6-го Российско-Японского симпозиума. – М., 2004. – С. 22.
6. Оскретков В.И. Освоение навыков видеоэндоскопических операций // Эндоскопическая хирургия: Мат. 8-го Всерос. съезда по эндоскопической хирургии. – М., 2005. – С. 98-99.
 7. Руководство по эндоскопии пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки / В.В. Леонов, И.В. Донцов, З.С. Мехтиханов и др. – Харьков: Изд.: «Факт», 2004. – 136 с.
 8. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П. и др. Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки: Учебное пособие. – М. Изд.: МЕДпресс-информ, 2008. – 200 с.
 9. John Nicholls. Intestinal polyps and polyposes. From genetics before diagnostics and treatment. – Springer-Verlag, Italia. – 2009. – 243 p.
 10. Yamada T. Atlas of gastroenterology. 6-th Ed. – Wiley Blackwell, 2009. – 102 p.