

щих неизмененных тканей и оценить глубину инвазии.

Цель работы – оценить эффективность применения авторского устройства для эндоскопической резекции слизистой оболочки на примере плоских приподнятых аденом толстой кишки.

Материал и методы. В проспективном клиническом исследовании изучены результаты эндоскопической резекции слизистой у 152 пациентов. В контрольной группе (45 мужчин и 33 женщины, средний возраст $55,6 \pm 9,9$ года) удалены при эндоскопической резекции слизистой с помощью стандартной петли SD-17U («Olympus», Япония) 128 неоплазий Па типа (Парижская классификация эпителиальных неоплазий, 2005). В основной группе (43 мужчины и 31 женщина, средний возраст $55,4 \pm 10,6$ года) в качестве способа удаления 130 неоплазий Па типа использовали эндоскопическую резекцию слизистой с помощью авторского устройства (Патент РФ № 2308902 от 27.10.07), которое проводили в просвет кишки через биопсийный канал эндоскопа CF-V70L («Olympus», Япония). При гистологическом исследовании во всех случаях удаленных неоплазий верифицирована аденома толстой кишки с различной степенью дисплазии. Степень дисплазии эпителия определяли в соответствии с критериями R.H. Riddell (1990). Группы были сопоставимы по исходным размерам аденом, их количеству и расположению в толстой кишке.

Результаты. Средние размеры иссеченной слизистой вместе с аденомой: основная группа – длина $9,4 \pm 1,77$ мм, ширина – $8,2 \pm 1,24$ мм, площадь – $89,4 \pm 27,55$ мм²; контрольная – $4,9 \pm 1,24$ мм, $5,0 \pm 1,17$ мм, $20,6 \pm 10,66$ мм² соответственно ($p < 0,001$). Средняя продолжительность операции (п/инъекция, резекция, извлечение на гистологию) составила $6,2 \pm 2,21$ мин в основной группе, $4,9 \pm 2,74$ мин в группе контроля. Собственная мышечная пластинка слизистой верифицирована в 94,6 % случаев основной группы и в 40,6 % – в контрольной ($p < 0,025$). Высокая степень дисплазии выявлена в 7,7 % случаев аденом из основной группы и в 2,3 % аденом из группы контроля ($p < 0,05$). При удалении 258 аденом отмечено два осложнения (0,8 %) в виде первичного кровотечения после эндоскопической резекции слизистой с использованием авторского устройства. Кровотечение остановлено эндоклипированием культи сосудов. Через 6 мес после эндоскопической резекции слизистой выявлено 3 случая рецидива аденом, все у пациентов контрольной группы (5,8 %, $n=52$).

Выводы. Использование авторского устройства позволяет осуществлять эндоскопическую резекцию слизистой оболочки в пределах окружающих неизмененных тканей в 94,6% случаев с малым риском развития осложнений, дает возможность повысить эффективность эндоскопического лечения небольших плоских неоплазий слизистой оболочки толстой кишки и позволяет избежать рецидива.

ЛЕЧЕНИЕ МАЛИГНИЗИРОВАННЫХ АДЕНОМ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

М.Б. КАРАКЕШИШЕВА, М.В. ВУСИК, В.А. ЕВТУШЕНКО

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Показания к эндоскопическому лечению малигнизированных аденом и критерии его радикальности variabelны. Метод лечения выбирается на основании тактики, принятой в данном лечебном учреждении. При наличии выраженной сопутствующей патологии, высокого

операционного и анестезиологического риска показания для эндоскопического лечения расширяются.

Цель исследования – выявление значимости эндоскопической полипэктомии как метода лечения малигнизированных аденом.

Материал и методы. В эндоскопическом отделении НИИ онкологии с 2006 по 2009 г. была выполнена эндоскопическая полипэктомия с помощью диатермической 25 пациентам с малигнизировавшими аденомами различных отделов толстого кишечника, выраженной сопутствующей патологией и высоким операционным риском. В данной группе больных преобладали мужчины, средний возраст составил 69,3 года. У двух пациентов полипэктомия была выполнена на фоне полипоза толстого кишечника. У одной пациентки эндоскопическое удаление малигнизировавшего аденома проводилось из оставшегося фрагмента сигмовидной кишки после колонэктомии по поводу рака толстой кишки на фоне «семейного полипоза». Во всех случаях заболевание диагностировалось на стадии эндоскопического исследования, которое проводилось на фоне гастроэнтерологических жалоб пациентов либо явилось «случайной» находкой при комплексном обследовании. У всех пациентов выполнялся забор биопсийного материала.

Результаты. Во всех случаях диагноз был подтвержден морфологическими исследованиями биопсийного материала на этапе проведения

диагностической колоноскопии. По гистотипу преобладала высокодифференцированная аденокарцинома. Диаметр аденом составлял от 0,4 до 1,5 см, преобладал II–III тип полипов. После морфологического исследования извлеченных полипов выявлено, что имела место инвазия опухоли не глубже подслизистого слоя кишечной стенки. В 1 случае эндоскопическая полипэктомия осложнилась кровотечением, которое было остановлено с помощью эндоскопической электрокоагуляции. При динамическом наблюдении в течение 2 лет во всех случаях отсутствовали рецидивы аденом и отдаленные метастазы. В эти же сроки у 5 пациентов выявлены аденомы без признаков малигнизации в других отделах толстого кишечника, которые также были удалены с помощью полипэктомии.

Выводы. Эндоскопическая полипэктомия является методом выбора при лечении малигнизировавших аденом толстого кишечника у пациентов с выраженной сопутствующей патологией и высоким операционным риском. Учитывая хорошие отдаленные результаты, метод полипэктомии может являться самостоятельным методом лечения при инвазии опухоли не глубже подслизистого слоя.

ЭНДСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ «СТОРОЖЕВЫХ» ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

М.Б. КАРАКЕШИШЕВА, В.А. ЕВТУШЕНКО, И.Г. СИНЛКИН,
В.И. ЧЕРНОВ, С.Г. АФАНАСЬЕВ, А.В. АВГУСТИНОВИЧ

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Рак желудка в России занимает второе место в структуре заболеваемости мужчин и третье в структуре заболеваемости женщин. В последние годы широко обсуждается концепция «выбора объема хирургического лечения в зависимости от стадии». Исследование «сторожевых» лимфатических узлов (СЛУ), по мнению ряда авторов, может сократить объем вмешательства, снизить ее травматичность у 1/3 больных, у которых по статистике отсутствуют лимфогенные метастазы. Определение сторожевых лимфатических узлов является обязательным методом диагно-

стики в ряде стран при раке молочной железы и меланоме. Однако применение данного метода при опухолях других локализаций все еще спорно. Одной из таких локализаций является рак желудка.

Цель – изучить точность выявления сторожевых лимфатических узлов и ценность методики в оценке лимфогенной распространенности опухоли с применением эндоскопических технологий.

Материал и методы. В исследование включены 20 пациентов, больных раком желудка.