

© Коллектив авторов, 2010
УДК 616.345-006.6-039.71:616.345-006.03-089.197.1

А.А. Хватов, А.Е. Борисов, Е.М. Шерстнова, Л.М. Мяскина

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВОРСИНЧАТЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского (зав. — проф. А.Е. Борисов) ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава»

Ключевые слова: ворсинчатые, новообразования, колоноскопия с увеличением, малигнизация.

Введение. Внимание к доброкачественным опухолям толстой кишки, прежде всего, обусловлено тенденцией к их злокачественному перерождению. Особое внимание среди них заслуживают ворсинчатые новообразования толстой кишки. Признаки малигнизации могут быть обнаружены в таких образованиях, различных как по размерам, так и по гистологической структуре, и чаще всего до клинических проявлений заболевания. На сегодняшний день рак толстой кишки занимает третье место в структуре онкологической заболеваемости в России. В связи с этим возникает необходимость ранней диагностики и удаления доброкачественных полипов толстой кишки. Своевременное выявление и лечение ворсинчатых аденом, по мнению многих авторов, является ведущим в профилактике развития колоректального рака.

Материал и методы. Для диагностики новообразований толстой кишки мы использовали колоноскопию с увеличением («Olympus», CF-160AL и CF-160ZL, Япония). Данный метод совмещает в себе прижизненную макро- и микроскопию. Во время исследования поверхность новообразования увеличивается в 160 раз, а для определения структуры ямок применяют метод хромоскопии 0,5% раствором генцианового фиолетового или 0,2% раствором индигокармина. Общепринятой является классификация S.Kudo [1], которая включает в себя 5 типов с подтипами структуры ямок (pit pattern).

I тип — круглые ямки (норма). Поверхность состоит из нормальных округлых ямок. Форма и размер мало отличаются друг от друга. Этот тип характерен для нормальных, воспаленных и/или гиперплазированных желез. Необходима дифференцировка с типом IIIs, который представлен округлыми ямками меньшего размера.

II тип — звездчатые или сосковидные ямки, относительно крупные структуры, звездчатой или луковичеобразной формы. Представлены утолщенными краями выводных протоков кишечных желез, которые приобретают вид звездочек или сосочков, имеющих одинаковый размер и определенную

последовательность расположения. Подобные изменения характерны для гиперпластических процессов. Отдельные ямки должны дифференцироваться с типом III L.

III L (large) тип — трубчатые или округлые (крупнее, чем нормальные) ямки. Характерны для выступающего типа аденом.

IIIs (small) тип — трубчатые или округлые ямки (мельче, чем в норме). Данный тип характерен для углубленных опухолей (IIIc). Этот тип часто ассоциируется с V типом.

IV тип — представлен бороздчатым, ветвистым, извилистым рельефом поверхности. Встречается при возвышающихся и приподнятых типах поражения (Is, Ip, Isp). Коралловидные структуры ворсинчатого (шероховатого) вида типичны для ворсинчатой опухоли.

Vi (irregular) тип — нерегулярные ямки. Представлен структурами разных размеров и неправильной угловатой формы, что связано с выраженной деформацией выводных протоков кишечных желез. Встречается при раннем и инвазивном раке.

Vn (nonstructural) тип — нерегулярные ямки, неструктурированная поверхность. Ямочный рисунок не имеет структуры, выводные протоки кишечных желез не дифференцируются, что объясняется их деструкцией. Наблюдается при распространенном раке.

Клиническое исследование включает в себя 176 пациентов с ворсинчатыми новообразованиями толстой кишки. Все пациенты были обследованы и пролечены с 2005 по 2008 г. на клинической базе нашей кафедры (колопроктологическом отделении Ленинградской областной клинической больницы). Среди пациентов было 74 (42%) мужчины и 102 (58%) женщины. Средний возраст составил (58±2) года (от 28 до 75 лет). Размеры новообразований колебались от 0,5 до 6 см.

У 61 (34,7%) пациента новообразования располагались в прямой кишке, у 40 (22,8%) — в сигмовидной кишке, у 39 (22,1%) — в слепой и восходящей ободочной кишке, у 36 (20,4%) — в поперечной ободочной кишке. При ворсинчатых опухолях прямой кишки фиброколоноскопию выполняли всем пациентам для исключения множественных неопластических изменений в вышележащих отделах толстой кишки. Колоноскопия с увеличением позволила произвести прижизненную дифференциальную диагностику доброкачественных и потенциально злокачественных новообразований толстой кишки. Это имеет важное клиническое значение для определения дальнейшей лечебной тактики. Все исследования были подтверждены морфологическим исследованием.

Результаты и обсуждение. Лечение ворсинчатых новообразований толстой кишки включало в себя как эндоскопические, так и хирургические методы лечения: у 102 (58%) пациентов — эндоскопическую полипэктомию; у 25 (14,2%) — эндоскопическую резекцию слизистой оболочки; у 32 (18,2%) — трансанальное удаление опухоли; у 3 (1,7%) — резекцию сигмовидной кишки; у 3 (1,7%) — переднюю резекцию прямой кишки; у 1 (0,6%) — низкую переднюю резекцию прямой кишки; у 1 (0,6%) — лапароскопическую брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки; у 1 (0,6%) — брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал; у 5 (2,8%) — правостороннюю гемиколэктомию; у 3 (1,7%) — колотомию и удаление опухоли.

По данным гистологического исследования, тубуловорсинчатые и ворсинчатые аденомы были выявлены у 156 (88,6%) пациентов, у 20 (11,4%) — малигнизированные ворсинчатые аденомы. Среди малигнизированных опухолей у 8 (40%) больных установлена стадия TisN0M0, у 4 (20%) — стадия T1N0M0, у 2 (10%) — стадия T2N0M0, у 3 (15%) — стадия T3N0M0, у 2 (10%) — стадия T3N1M0, у 1 (5%) — стадия T4N2M0.

Послеоперационные осложнения были у 4 (2,2%) больных. У 2 (1,1%) из них возник посткоагуляционный некроз с перфорацией кишки после эндоскопической резекции слизистой оболочки. Больные были оперированы в экстренном порядке. Выполнено ушивание дефекта стенки кишки без формирования разгрузочной колостомы. Послеоперационное течение гладкое. У 2 (1,1%) — возникло кровотечение после эндоскопической полипэктомии. Больным была выполнена повторная колоноскопия с наложением клипс в зоне резекции, приведших к остановке кровотечения.

У 5 (2,8%) пациентов через 3 и 6 мес при контрольной колоноскопии были обнаружены местные рецидивы ворсинчатых новообразований. Им выполнили повторную эндоскопическую резекцию слизистой оболочки. При контрольном обследовании через год у всех пациентов данных за рецидив не выявлено.

Все больные с малигнизацией ворсинчатых новообразований проходят контрольное обследование каждые 6–12 мес, наблюдаются онкологом по месту жительства. У 1 (0,6%) пациента наблю-

дался рецидив ворсинчатой аденомы в зоне резекции без признаков малигнизации. Выполнено эндоскопическое удаление новообразования.

Выводы. 1. Увеличивающая колоноскопия позволяет с предельной точностью отличить ворсинчатые новообразования от других видов аденом благодаря четкому изображению структуры ямок.

2. При колоноскопии с увеличением стал возможен контроль полноты удаления новообразования, особенно в краях резекции, во время эндоскопического лечения.

3. Для подтверждения достоверности оценки структуры ямок обязательно должен осуществляться морфологический контроль.

4. Эндоскопическая резекция слизистой оболочки толстой кишки является современным, эффективным и малоинвазивным методом лечения ворсинчатых новообразований толстой кишки.

5. При развитии перфорации стенки кишки при эндоскопическом вмешательстве необходимо экстренное хирургическое вмешательство, которое предотвращает развитие перитонита и позволяет избежать формирования колостомы.

6. Трансанальное электрохирургическое удаление ворсинчатой опухоли прямой кишки является операцией выбора при локализации опухоли не выше 10 см от зубчатой линии.

7. При неэффективности эндоскопических или трансанальных операций, рецидивах опухоли, признаках инвазивного роста методом выбора является открытое хирургическое вмешательство.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Kudo S. Early colorectal cancer.— Tokyo: Igaku-Shoin, 1996.— 166 p.

Поступила в редакцию 23.09.2009 г.

A.A.Khvatov, A.E.Borisov, E.M.Sherstnova,
L.M.Myaukina

EXPERIENCE WITH TREATMENT OF PATIENTS WITH VILLOUS ADENOMA OF THE LARGE INTESTINE

The authors analyzed an experience with treatment of 176 patients. It was shown that increasing colonoscopy allowed clear differentiation of neoplasm in the colon, decision on the strategy of treatment. The effective method is endoscopic resection of intestine mucosa.