УДК 616.329+616.33-006.36-089.81

В.И. Оскретков [1], А.Г. Климов [1], В.А. Ганков [1], А.А. Гурьянов [1], С.А. Горбунова [1], И.А. Чуркин [2], Н.И. Козловский [2]

ВИДЕОЭНДОХИРУРГИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПОДСЛИЗИСТЫХ ОПУХОЛЕЙ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

[1] Алтайский государственный медицинский университет (Барнаул)
[2] Диагностический центр Алтайского края (Барнаул)

В статье представлен опыт лечения 49 больного доброкачественными подслизистыми опухолями пищевода и желудка с использованием видеоэндохирургических технологий, которые позволяют производить различные типы радикальных операций, как органосохраняющих, так и резекционных методик. Отдаленные результаты в сроки от 6 месяцев до 12 лет изучены у большего числа больных (67,7 ± 8,3 %). У 95,2 ± 1,75 % пациентов были получены отличные и хорошие результаты лечения. Выхода на инвалидность и рецидива заболевания выявлено не было.

Ключевые слова: *подслизистые опухоли пищевода и желудка*

ENDOVIDEOSURGICAL BENIGN SUBMUCOUS TUMORS OF OESOPHAGUS AND STOMACH

V.I. Oskretkov [1], A.G. Klimov [1], V.A. Gankov [1], A.A. Guryanov [1], S.A. Gorbunova [1], I.A. Churkin [2], N.I. Kozlovskiy [2]

[1] Altay State Medical University, Barnaul
[2] Diagnostic Center of Altay Kray, Barnaul

This article deals with the experience of treatment of 49 patients with benign submucous tumors of oesophagus and stomach using endovideosurgical technologies which allow perform different types of radical surgery: resections and operations to save an organ. Afterhistory during the period from 6 months to 12 years was studied in the most patients (67,7 ± 8,3 %). 95,2 ± 1,75 % of patients have excellent and good outcomes of treatment. There was no disability and recurrent cases.

Key words: *submucous tumors of oesophagus and stomach*

Доброкачественные подслизистые опухоли составляют от 0,5 % до 5 % всех новообразований пищевода и желудка [10, 14]. По данным А.Ф. Черноусова мезенхимальные опухоли встречают несколько чаще, чем эпителиальные. Они составляют 2,7 % всех опухолей пищевода, обычно располагаются в средней и нижней его третях, при этом 50—70 % случаев составляют лейомиомы [16]. Среди доброкачественных опухолей желудка также преобладают (40—80 %) лейомиомы [12], которые не склонны к быстрому росту, трансформации в злокачественную опухоль и обычно протекают бессимптомно. Однако при экзофитном росте опухоли возможно развитие симптомов сдавления и смещения соседних органов [12]. При эндофитных опухолях встречается изъязвление слизистой оболочки органа над новообразованием, кровотечение и перфорация его стенки, при значительных размерах опухоли — признаки дисфагии. Расположение опухоли в выходном отделе желудка или выпадение ее через привратник в двенадцатиперстную кишку, приводит к нарушению эвакуации из желудка [3, 5, 10]. Существует пограничная группа неэпителиальных опухолей — GIST (Gastro-Intestinal Stromal Tumors — гастроинтестинальные неэпителиальные опухоли), которые согласно Международной онкологической классификации могут быть доброкачественными и злокачественными. Эти опухоли схожи по клинической и макроскопической картине с истинными опухолями нейрогенной и гладкомышечной дифференцировки, но отличающиеся по своим иммуно-гистохимическим и ультраструктурным характеристикам [1, 2]. Использование рентгеноэндоскопических исследований недостаточно для диагностики доброкачественных подслизистых опухолей и точного определения типа выявленной патологии. Внедрение в клиническую практику эндоскопического УЗИ позволяет с высокой степенью достоверности судить о расположении опухоли по отношению к слоям стенки пищевода и желудка, высказать предположение о гистологической принадлежности опухоли [13]. При малых размерах доброкачественных опухолей и наличии выраженной соматической патологии возможно динамическое наблюдение [10]. Внедрение видеоэндохирургических операций при подслизистых опухолях приводит к снижению количество интра- и послеоперационных осложнений, сокращению сроков пребывания пациентов в стационаре [1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11,12, 15].

Цель исследования — выяснить целесообразность использования различных видеоэндохирургических технологий в лечении доброкачественных подслизистых опухолей пищевода и желудка.

МЕТОДИКА

Основу работы составили наблюдения над 49 больными доброкачественными подслизистыми

опухолями пищевода и желудка. Пациенты были в возрасте от 20 до 69 лет, средний возраст составил 50,2 ± 1,7 года. Соотношение женщин и мужчин было 2 : 1. У 14 человек были подслизистые опухоли пищевода, у 30 больных – желудка, у 5 человек – в области пищеводно-желудочного перехода.

В пищеводе подслизистые опухоли чаще располагались в нижней и средней трети его, значительно реже в верхней трети. В желудке опухоли преимущественно локализовались в пилороантральном отделе, у равного числа больных в дне и кардиальном отделе желудка (табл. 1).

В объем инструментальных методов обследования больных доброкачественных подслизистых опухолей входили фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) с прицельной биопсией слизистой оболочки органа над опухолью, контрастная рентгеноскопия пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, эндоскопическое УЗИ пищевода и желудка, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов брюшной полости. Первично множественная подслизистая опухоль желудка (лейомиома) была обнаружена у двух больных. Размеры опухолей, согласно данным инструментальных методов исследования и интраоперационной картины, варьировали от 0,4 до 10 см в диаметре, средний размер опухолей составил 2,97 ± 0,3 см.

У 7 человек отмечались явления дисфагии, у 1/4 больных доброкачественными подслизистыми опухолями протекали бессимптомно и были случайной находкой при проведении ФЭГДС (24,5 ± 6,14 %, 12 чел.) или на операции по поводу других заболеваний (4,08 ± 0,28 %, 2 чел.). Половина пациентов предъявляли жалобы на боли различной степени выраженности, с преимущественной локализацией в эпигастральной области, у четырех человек была клиника грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (8,16 ± 0,4 %), у двух больных – калькулезного холецистита (4,08 ± 0,28 %), у одного пациента (2,04 ± 0,2 %) признаки нарушения эвакуации из желудка. После выявления опухолей больным дополнительно проводилось ультразвуковое эндоскопическое исследование стенки органа в области опухоли, а также мультиспиральная компьютерная томография. Фиброэзофагогастродуоденоскопия позволяла выявить наличие подслизистых опухолей пищевода и желудка любых размеров. У большинства больных при ФЭГДС отмечена подвижность слизистой оболочки желудка, располагавшейся над опухолью, с морфологическими признаками хронического эзофагита или поверхностного гастрита, различной степени активности. Рентгенологический метод способствовал уточнению локализации опухолей, что у большинства больных соответствовало данным ФЭГДС, однако этот метод был малоинформативен при размерах опухоли менее 1,0 см. Эндоскопическое ультразвуковое скани-

Таблица 1

Локализация подслизистых опухолей пищевода и желудка

Локализация опухоли	Число больных (n)	M ± m %
В/3 пищевода	2	4,08 ± 0,28
С/3 пищевода	6	12,24 ± 0,5
Н/3 пищевода	6	12,24 ± 0,5
Пищеводно-желудочный переход	5	10,2 ± 0,46
Кардиальный отдел	5	10,2 ± 0,46
Дно желудка	5	10,2 ± 0,46
Антральный отдел	14	28,6 ± 6,45
Пилорический отдел	6	12,24 ± 0,5
Всего:	49	100

Таблица 2

Виды операций

Виды операций	Количество (n)	M ± m %
Видеоторакоскопическая энуклеация опухоли пищевода	14	28,56 ± 6,45 %
Видеолапароскопическая энуклеация опухоли желудка	24	49 ± 7,14 %
Видеолапароскопическое трангастральное удаление опухоли	3	6,12 ± 0,35 %
Видеоассистированная сегментарная резекция желудка	1	2,04 ± 0,2 %
Видеоассистированная субтотальная резекция желудка с лимфодиссекцией в объеме D2	2	4,08 ± 0,28 %
Видеолапароскопическая сегментарная резекция желудка	5	10,2 ± 046 %
Всего:	49	100

рование позволило исключить инвазивный рост опухоли и уточнить ее размеры (средний размер опухоли = 1,48 ± 0,39 см). МСКТ выполнялась при значительных размерах опухолей и подозрении на злокачественный их характер.

У большинства больных были выполнены видеоэндоскопические органосохраняющие операции (энуклеация опухоли), у 8 человек (16,3 ± 0,58 %) — различные виды резекционных методик (табл. 2).

Видеоторакоскопическая энуклеация опухолей пищевода и видеолапароскопическая энуклеация опухолей желудка производилась при отсутствии подозрений на их злокачественную трансформацию, изъязвлений над новообразованием. При опухолях пищевода выполнялась правосторонняя торакоскопия. Производилась рассечение медиастинальной плевры над пищеводом в месте расположения опухоли. При малых ее размерах локализацию уточняли с помощью интраоперационной фиброэзофагогастроскопии. Используя диссекцию и электрохирургический крючок опухоль иссекалась в пределах здоровых тканей без вскрытия просвета пищевода, при этом у одного больного возник дефект в слизистой оболочке (6,12 ± 0,35 %). Дефект стенки пищевода ликвидировали интракорпоральным швом. Видеолапароскопическую энуклеацию опухолей желудка выполняли при расположении опухоли на передней его стенке, новообразования удаляли путем серомиотомии над ним. Целостность серозно-мышечной оболочки восстанавливали непрерывным интракорпоральным швом. У 3 человек с расположением опухолей на задней стенке желудка было выполнено трансгастральное их удаление (рис. 1).

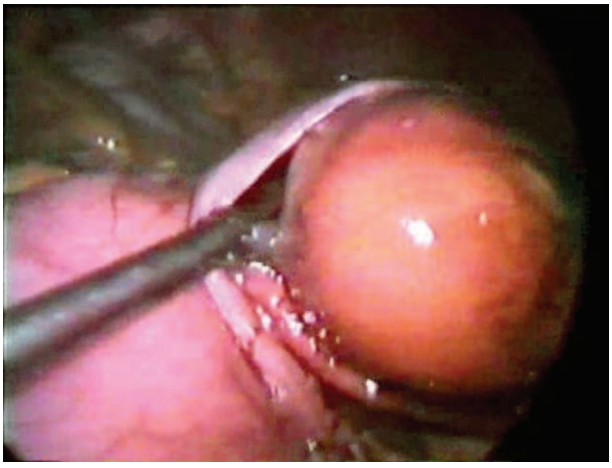

Рис. 1. Фрагмент трансгастрального удаления лейомиомы с изъязвлением слизистой задней стенки тела желудка.

Выполняли продольную гастротомию на передней стенке желудка в проекции опухоли. Используя электрокоагуляцию, опухоль иссекали единым блоком со слизистой оболочкой желудка с сохранением мышечного слоя. Затем ее помещали в контейнер и удаляли из брюшной полости через 10 — 12 м порт, или мини-лапаротомный доступ. Целостность слизистой оболочки задней стенки желудка восстанавливали интракорпоральным непрерывным однорядным швом, а передней стенки желудка — двухрядным непрерывным швом. При этом использовали атравматичный шовный материал — Викрил 3,0 или 4,0. Контроль герметичности швов на пищеводе и желудке осуществляли путем инсуффляции в просвет органа воздуха через зонд или фиброгастроскоп. Показанием к резекционной методики были значительного размера подслизистые опухоли (более 5см в диаметре), или опухоли сопровождавшиеся изъязвлением слизистой оболочки желудка. У 5 больных была выполнена видеолапароскопическая сегментарная резекция желудка: двум больным была произведена аппаратная резекция стенки желудка единым блоком с опухолью, у трех больных — с наложением ручного интракорпорального шва. У одного больного при выполнении сегментарной резекции желудка для восстановления целостности его стенки и удаления опухоли из брюшной полости использовали мини-лапаротомный доступ. У 1 пациента с лейомиомой антрального отдела желудка, приведшей к его обтурации, и у больного с GIST-опухолью антрального отдела желудка была выполнена видеоассистированная субтотальная дистальная резекция желудка. Большой объем резекции произведен из-за подозрения на малигнизацию имевшихся новообразований желудка, которую не удалось достоверно исключить при экспресс-биопсии. У 9 больных с подслизистыми доброкачественными опухолями желудка были выполнены симультанные операции — видеолапароскопическая холецистэктомия (3 чел.), дозированная эзофагофундопликация (5 чел.), селективная проксимальная ваготомия (1 чел.) по разработанной в клинике методике.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При гистологическом исследовании макропрепаратов у большинства больных выявлена лейомиома, а также встречались лейофиброма, фиброма, липома, эктопированная ткань поджелудочной железы (табл. 3).

У трех пациентов (6,12 ± 0,35 %) после проведения иммунногистохимического метода исследования была выявлена пограничная (GIST) опухоль. В двух из этих наблюдений макроскопически опухоль выглядела как лейомиома, что было подтверждено данными срочного гистологического исследования, а у одной пациентки — как злокачественное новообразование с отсутствием изменений со стороны регионарных лимфоузлов. Этим пациентам была произведена секторальная или субтотальная дистальная резекция желудка. Осложнений во время операции и конверсии доступа не было. Средняя продолжительность органосохраняющих операций составила 150 ± 2,84 минуты. Ранний послеоперационный период у большинства больных протекал гладко. В послеоперационном периоде у 4 человек (8,2 %) с

Таблица 3

Виды гистологических форм доброкачественных подслизистых опухолей пищевода и желудка

Гистологические формы	Количество (n)	M ± m %
Лейомиома	42	82,35 ± 1,27 %
Лейофиброма	2	3,92 ± 0,28 %
Фиброма	1	1,96 ± 0,19 %
Липома	2	3,92 ± 0,28 %
GIST-опухоль	3	5,88 ± 0,33 %
Эктопированная ткань поджелудочной железы	1	1,96 ± 0,19 %
Всего:	51*	100 %

Примечание: * – у двух пациентов было по две опухоли.

подслизистыми опухолями пищевода возникло 6 осложнений: пневмония (4 чел.), пневмоторакс (1 чел.), экссудативныый плеврит (2 чел.). Летальных исходов не было. Средний послеоперационный койко-день составил 7,8 ± 0,86. У 95,2 ± 1,75 % пациентов были получены отличные и хорошие результаты лечения. В сроки от 6 месяцев до 12 лет выхода на инвалидность и рецидива заболевания не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение видеоэндохирургических технологий у больных доброкачественными подслизистыми опухолями пищевода и желудка является эффективным методом лечения, позволяет производить различные типы радикальных операций, как органосохраняющих, так и резекционных методик.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анурова О.А. Морфологическая и иммуногистохимическая диагностика стромальных опухолей желудочно-кишечного тракта (GIST) // Современная онкология (экстравыпуск): матер. выездной школы «Актуальные проблемы диагностики и лечения стромальный опухолей ЖКТ (GIST). — 2007. — С. 79—99.

2. Анурова О.А., Снигур П.В., Филиппова Н.А., Сельчук В.Ю. Морфологическая характеристика стромальных опухолей желудочно-кишечного тракта // Архив патологии. — 2006. — Т. 68, № 1. — С. 10—13.

3. Галкин В.Н., Майстренко Н.А. Диагностика и хирургическое лечение неэпителиальных опухолей желудочно-кишечного тракта // Хирургия. — 2003. — № 1. — С. 22—26.

4. Дуболазова Ю.В., Ивашкин В.Т. Современные подходы к диагностике и лечению лейомиом желудка: данные литературы и описание собственного наблюдения // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2008. — Т. 18, № 6. — С. 81—87.

5. Лемешко З.А., Расулов М.И., Османова З.М., Махмудова П.С. Комплексная диагностика лейомиом желудка // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2005. — Т. 15, № 5. — С. 157.

6. Никитенко А.И. Эндовидеохирургическое лечение опухолей желудка и пищевода // Эндоскопическая хирургия. — 2001. — № 2. — С. 45.

7. Оскретков В.И., Ганков В.А., Климов А.Г., Гурьянов А.А. и др. Видеолапароскопическое трансгастральное удаление доброкачественных опухолей желудка // Эндоскопическая хирургия: матер. X Всерос. съезда по эндоскопической хирургии. — 2007. — № 1. — С. 64.

8. Оскретков В.И., Ганков В.А., Климов А.Г., Гурьянов А.А. и др. Видеолапароскопические технологии в лечении опухолевых заболеваний желудка // Эндоскопическая хирургия: матер. X Всерос. съезда по эндоскопической хирургии. — 2007. — № 1. — С. 64.

9. Оскретков В.И., Климов А.Г., Ганков В.А., Гурьянов А.А. и др. Видеолапароскопическая резекция желудка при доброкачественных заболеваниях и химических повреждениях гастродуоденальной зоны // Эндоскопическая хирургия. — 2008. — № 2. — С. 18—24.

10. Ростовцев М.В., Соколова Л.В., Братникова Г.И. и др. К вопросу о тактике использования современных методов лучевой диагностики для обнаружения и определения распространенности опухолей желудка // Медицинская визуализация. — 2004. — № 2. — С. 26—33.

11. Старков Ю.Г. Лапароскопическое трансгастральное удаление доброкачественной опухоли желудка // Эндоскопическая хирургия. — 2001. — № 1. — С. 118.

12. Тимошенко В.О., Брюханов Е.А. Лапароскопическое удаление лейомиомы желудка под контролем гибкого эндоскопа // Эндоскопическая хирургия. — 2001. — № 1. — С. 42—43.

13. Фирсов Е.И. Комплексная клинико-лучевая диагностика доброкачественных неэпителиальных опухолей желудка // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». — 2009. — № 2. — С. 117—124.

14. Хестанов А.К. Гигантская неврилеммома желудка, осложненная кровотечением // Российский журнал гастроэнтерологии, гепа-

тологии, колопроктологии. — 2002. — № 5. — С. 94—95.

15. Черкасов М.Ф. Видеолапароскопические методы лечения доброкачественных неэпителиальных опухолей пищевода и желудка // Эндоскопическая хирургия. — 2007. — № 1. — С. 102—103.

16. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Хоробрых Т.В. Доброкачественные опухоли и кисты пищевода // В кн. Клиническая хирургия; под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М., 2010. — С. 3—83.

Сведения об авторах

Оскретков Владимир Иванович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Алтайского государственного медицинского университета (656038, г. Барнаул, пр. Ленина, 40; тел.: 8 (903) 958-58-08; e-mail: obhir@agmu.ru)

Климов Алексей Геннадьевич – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общей хирургии Алтайского государственного медицинского университета (656038, г. Барнаул, пр. Ленина, 40; тел.: 8 (903) 948-52-11; e-mail: KlimAG@yandex.ru)

Ганков Виктор Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии Алтайского государственного медицинского университета (656038, г. Барнаул, пр. Ленина, 40; тел.: 8 (903) 992-79-79; e-mail: victorgankov@yandex.ru)

Гурьянов Андрей Александрович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии Алтайского государственного медицинского университета (656038, г. Барнаул, пр. Ленина, 40; тел.: 8 (913) 244-57-01; e-mail: meduniv@ab.ru)

Горбунова Светлана Анатольевна – клинический ординатор кафедры общей хирургии Алтайского государственного медицинского университета (656038, г. Барнаул, пр. Ленина, 40; тел.: 8 (913) 083-11-39; e-mail: missis.gorbunova-svetlana2011@yandex.ru)

Чуркин Игорь Альбертович – заведующий эндоскопическим отделением Диагностического центра Алтайского края (656038, г. Барнаул, пр. Комсомольский, 75а; тел.: 8 (3852) 26-17-40; e-mail: igchurkin@dcak.ru)

Козловский Николай Иванович – врач-эндоскопист Диагностического центра Алтайского края (656038, г. Барнаул, пр. Комсомольский, 75а; тел.: 8 (3852) 26-17-40)