

Диагностика и непосредственные результаты лечения больных с неэпителиальными опухолями верхних отделов пищеварительного тракта

Проф. С.Г. ШАПОВАЛЬЯНЦ¹, проф. Г.Н. ГОЛУХОВ¹, доц. Р.В. ПЛАХОВ^{1*}, проф. Е.Д. ФЕДОРОВ¹, проф. А.И. МИХАЛЕВ¹, проф. Л.М. МИХАЛЕВА², к.м.н. З.В. ГАЛКОВА¹, Е.В. ГОРБАЧЕВ², А.Е. СЕРГЕЕНКО¹

¹Научно-образовательный центр абдоминальной хирургии и эндоскопии (зав. — проф. С.Г. Шаповальянц) Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова; ²городская клиническая больница №31, Москва

Diagnosis and immediate results of treatment of patients with non-epithelial tumors of upper gastrointestinal tract

S.G. SHAPOVAL'YANTS, G.N. GOLUHOV, R.V. PLANOV, E.D. FEDOROV, A.I. MIHALEV, L.M. MIHALEVA, Z.V. GALKOVA, E.V. GORBACHEV, A.E. SERGEENKO

Research and Education Center of Abdominal Surgery and Endoscopy (head — prof. S.G. Shapoval'yants) of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University; City Clinical Hospital №31, Moscow

Представлен опыт лечения 225 пациентов с неэпителиальными опухолями верхних отделов пищеварительного тракта, в 24% наблюдений отмечено осложненное течение заболевания. Обсуждены тактические подходы в зависимости от локализации, размера и характера роста опухоли, а также показания к проведению мининвазивных операций. Из указанной группы больных оперированы 102 (45,3%). В 49 (48,0%) наблюдениях выполнены традиционные хирургические вмешательства, в 11 (10,8%) — лапароскопические вмешательства, в 42 (41,2%) — эндоскопические операции через гибкий эндоскоп. 123 (54,7%) пациента были под динамическим наблюдением. В статье изложены технические особенности проведенных оперативных вмешательств. Осложнения зафиксированы у 8 (7,8%) больных (у 3 интраоперационные, у 5 послеоперационные), послеоперационная летальность составила 2,0% (умерли 2 из 102 больных), общая летальность — 1,3% (умерли 3 из 225 больных). Среди удаленных новообразований наиболее часто встречались гастроинтестинальная стромальная опухоль (38) и лейомиома (29).

Ключевые слова: неэпителиальные опухоли, желудочно-кишечный тракт, хирургическое лечение.

We presented an experience of treatment of 225 patients with non-epithelial tumors of upper gastrointestinal tract. Complicated disease's course was observed in 24% of cases. Tactical approaches are discussed depending on localization, dimensions and nature of tumor growth. Also indications for minimally invasive operations are defined. It was operated 102 (45.3%) of above-mentioned patients. Conventional surgical interventions were performed in 49 (48.0%) cases, laparoscopic operations — in 11 (10.8%) observations, endoscopic techniques using flexible endoscope — in 42 (41.2%) patients. One hundred and twenty-three (54.7%) patients were under dynamic observation. Technical features of the performed operations are described in the article. Complications were diagnosed in 8 patients including intraoperative in 3 cases and postoperative in 5 cases. Postoperative mortality was 2.0% (2 of 102 died). Overall mortality was 1.3% (3 of 225 patients died). Gastrointestinal stromal tumor (38) and leiomyoma (29) were the most frequent findings among removed tumors.

Keywords: non-epithelial tumors, gastrointestinal tract, surgical treatment.

Введение

Развитие диагностических и лечебных методик на основе масштабного технического перевооружения отечественного здравоохранения позволило пересмотреть ряд тактических установок и по-иному взглянуть на возможности мининвазивных вмешательств в лечении хирургических больных. Особое место в этой области занимает проблема неэпителиальных опухолей (НЭПО) верхних отделов

пищеварительного тракта (ВОПТ). Несмотря на то что эти новообразования составляют не более 5% всех опухолей данной локализации [2, 3], повсеместное внедрение эзофагогастроуденоскопии (ЭГДС) привело к увеличению выявляемости этого заболевания. В то же время отсутствие четкого диагностического алгоритма и тактических установок зачастую является серьезным препятствием для

*Плахов Р.В. — канд. мед. наук, доц. каф. госпитальной хирургии №2 Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова; 117997 Москва, ул. Островитянова, д. 1; e-mail: roma_vp@mail.ru

успешного лечения подобных больных. Важно отметить, что от 29 до 51% НЭПО имеют осложненное течение, что ограничивает время диагностики и нередко диктует необходимость принятия тактических решений в неотложном порядке [19, 36, 44].

Различные по морфологическому строению НЭПО по-разному распределяются по ВОПТ. В пищеводе свыше 75% НЭПО представлены лейомиомами, в то же время более чем у 60% больных с новообразованиями желудка и у 30% пациентов с новообразованиями двенадцатиперстной кишки (ДПК) диагностируются гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО), обладающие злокачественным потенциалом [14, 34].

С учетом нередко бессимптомного течения НЭПО, а также относительно низкой чувствительности традиционных лучевых методик в отношении опухолей малого размера важнейшими методами диагностики являются ЭГДС и особенно эндоскопическая ультрасонография (ЭУС), позволяющая «заглянуть внутрь опухоли» [35]. В настоящее время ЭУС рассматривается как обязательный компонент диагностики НЭПО, дающий возможность не только оценить истинные размеры и характер роста новообразований, но и высказаться об их морфологической принадлежности и злокачественном потенциале [16]. Данными этих исследований в основном определяются показания к оперативному лечению и выбор его способа.

Важнейшим вопросом, вызывающим многочисленные споры специалистов, является целесообразность дооперационной морфологической и иммуногистохимической (ИГХ) верификации НЭПО. По мнению некоторых специалистов, не вызывает сомнения необходимость выполнения подобных исследований до принятия решения об оперативном лечении [4]. Вместе с тем попытки морфологического исследования НЭПО в дооперационном периоде представляют определенные сложности [20]. Использование щипцовой биопсии с эпителиальной поверхности НЭПО, которая нередко практикуется в лечебных учреждениях, не дает информации о гистологической структуре опухоли [21]. Применение ступенчатой или петлевой расширенной биопсии чревато осложнениями, особенно при наличии кровоточащей опухоли. Тонкоигольная пункция под контролем ЭУС требует дополнительных материальных затрат и может быть реализована в ограниченном числе лечебных учреждений. Технические проблемы во время осуществления этой манипуляции нередко связаны со сложностью аспирации образца относительно плотной ткани, особенно при небольших или «неудобно» расположенных опухолях. По мнению некоторых авторов, серьезной проблемой при выполнении тонкоигольной пункции является сложность получения достаточного количества материала, необходимого для проведения

полноценного морфологического исследования, включая ИГХ [23, 29]. Именно поэтому существует точка зрения о нецелесообразности предоперационной биопсии, если диагноз и необходимость удаления НЭПО не вызывают сомнения [16].

До конца нерешенным вопросом является определение показаний к оперативному лечению больных с НЭПО. В настоящее время многие специалисты считают, что следует удалять все опухоли диаметром более 2–3 см; опухоли меньшего размера, как правило, имеющие низкий потенциал злокачественности, целесообразнее оставлять для динамического наблюдения [25, 30]. Однако применение ЭУС позволяет с довольно высокой точностью высказаться о морфологической структуре новообразования и потенциале его злокачественности, в связи с чем большинство авторов при выборе хирургической тактики рекомендуют основываться именно на этих данных [7, 28]. Более того, высказывается мнение о необходимости удаления НЭПО желудка любого размера, поскольку даже небольшие новообразования могут осложняться кровотечением, а при чрезмерно длительном наблюдении за ними имеется риск несвоевременной диагностики злокачественного перерождения опухоли [3, 15, 34, 38]. По единодушному мнению большинства специалистов, оперативное лечение в неотложном или отсроченном порядке следует проводить всем пациентам с НЭПО, имеющим осложненное течение [19, 27].

Не менее актуален вопрос о выборе метода оперативного удаления НЭПО. Если для ликвидации небольших доброкачественных новообразований большинство специалистов с успехом применяют эндо- или лапароскопические вмешательства, то, по мнению некоторых авторов, предпочтительным способом оперативного лечения больных с ГИСО независимо от их размера является традиционная хирургическая резекция [4, 10]. Однако по мере накопления опыта и получения благоприятных отдаленных результатов все больше специалистов считают приемлемым применение миниинвазивных методов удаления ГИСО, используя традиционные хирургические вмешательства лишь при лечении больных с крупными злокачественными или осложненными новообразованиями [24, 33, 40].

Подобный тактический подход находит все больше сторонников среди хирургов, на первый план выходит проблема выбора миниинвазивного доступа. До настоящего времени считалось, что удалению через гибкий эндоскоп со стороны просвета органа подлежат лишь опухоли, исходящие из мышечной пластинки слизистой оболочки или из подслизистого слоя стенки органа, а больных с новообразованиями собственного мышечного слоя целесообразнее оперировать лапаро- или торакоскопическим способом [13, 40]. Тем не менее появление новых туннелирующих методик позволило расши-

рить область применения внутрисветной эндоскопической хирургии и успешно внедрить в клиническую практику радикальное удаление через гибкий эндоскоп опухолей, исходящих из мышечного слоя пищевода и желудка [18, 31, 42]. Многие авторы считают целесообразным применение комбинированного (эндо- и лапароскопического) доступа при лечении этой категории больных, особенно при локализации опухоли на задней стенке желудка [8, 12, 26, 38, 39, 41].

В целом в последние годы благодаря совершенствованию методов диагностики и расширения технических возможностей появились новые перспективы в лечении больных с НЭПО пищеварительного тракта, однако отсутствие единого тактического подхода, разрозненные данные о результатах применения миниинвазивных оперативных методик диктуют необходимость дальнейшего изучения этого относительно редкого заболевания.

Материал и методы

Мы наблюдали 225 пациентов с НЭПО ВОПТ, находившихся в ГКБ №31 в период с 01.01.99 по 01.01.14. Среди пациентов было 75 (33,3%) мужчин и 150 (66,7%) женщин. Возраст больных от 16 до 89 лет (средний возраст $61,3 \pm 6,7$ года). У 54 (24%) больных зафиксировано осложненное течение заболевания: у 3 пациентов имелись признаки стеноза выходного отдела желудка, у 51 — желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) легкой — 47,1% (24/51), средней — 23,5% (12/51) и тяжелой степени — 29,4% (15/51). Сопутствующие заболевания в стадии компенсации имелись у 168 (74,7%) больных, в стадии субкомпенсации — у 17 (7,6%), в стадии декомпенсации — у 8 (3,6%) пациентов. Еще у 32 (14,1%) больных сопутствующих заболеваний не было.

Всем 225 больным выполнена ЭГДС, позволившая заподозрить или верифицировать НЭПО и дать старт реализации дальнейшей диагностической программы, включающей транскутанное ультразвуковое исследование брюшной полости (173), ЭУС (96), рентгенографию желудка (61), компьютерную томографию органов брюшной полости (40). В послеоперационном периоде проводили гистологическое и ИГХ-исследование удаленных макропрепаратов.

Диагностические и лечебные эндоскопические вмешательства выполняли на оборудовании компании «Olympus» (Япония). Использовали видеоэндоскопические стойки EVIS EXERA CLV-160 и CLV-180, видеоэндоскопы EVIS GIF-1T140R, GIF-2T160, GIF-H180, GIF-2TQ160 и GIF-1TQ160. Эндосонографию проводили на ультразвуковом блоке EUS EXERA EU-M60, используя радиальный эхоэндоскоп GF-UM160 и линейный эхоэндоскоп GF-UMD140P, а также ультразвуковые миниатюрные зонды UM-DP20-25R и UM-2R. В последние годы

применяем комбинированный центр EU-ME1, а также радиальный электронный эхоэндоскоп GF-UE 160-AL5. Во время операций использовали различные модификации полипэктомических петель, щипцы типа «аллигатор», эндоскопическую иглу для подслизистой инъекции, электрохирургические ножи-электроды IT-knife и Triangle-knife. Для профилактики осложнений применяли механический клипатор, зонды для электро-, аргоноплазменной коагуляции, коаграспер. Во время эндоскопического удаления неэпителиальных опухолей использовали электрохирургический блок ICC 200 + APC 300 («ERBE», Германия).

При лапароскопическом удалении НЭПО использовали стандартную видеостойку с набором лапароскопического инструментария. При лапароскопической клиновидной резекции желудка в ряде наблюдений пользовались одноразовыми линейными сшивающими аппаратами компании «Ethicon».

Результаты и обсуждение

По данным комплексного обследования, НЭПО располагалась в пищеводе у 33 (14,6%) больных, в желудке у 178 (79,1%), в ДПК у 14 (6,3%). Размер опухолей колебался от 5 до 120 мм (средний размер составил $24,3 \pm 7,1$ мм).

ЭУС была выполнена у 96 (42,7%) пациентов с НЭПО; в последние годы после внедрения усовершенствованного диагностического алгоритма мы проводим это исследование у всех подобных больных. Как показала ЭУС, у 45 (46,9%) больных опухоль исходила из мышечной пластинки слизистой оболочки, у 13 (13,5%) — из подслизистого слоя, у 38 (39,6%) пациентов — из собственного мышечного слоя.

Показаниями к удалению НЭПО желудка и ДПК являлись осложненное течение (ЖКК, стеноз), наличие опухолей, имевших, по данным ЭУС, умеренный/высокий потенциал злокачественности или диаметр более 2 см. Подобный подход объясняется высокой частотой выявления потенциально злокачественных опухолей этой локализации и во многом совпадает с точкой зрения авторов, считающих целесообразным их оперативное удаление даже при небольших размерах [13, 34, 38]. У 54 больных поводом для операции явилась необходимость ликвидации опасных для жизни осложнений, таких как ЖКК (51) и стеноз выходного отдела желудка (3). Следует отметить, что у 13 больных с кровоточащей опухолью желудка во время неотложной ЭГДС был выполнен первичный эндоскопический гемостаз, что позволило остановить продолжающееся кровотечение и избежать экстренного оперативного вмешательства. Тем не менее у 2 из них развился рецидив кровотечения на 4-е и 11-е сутки после поступления. Обоим пациентам была выполнена экс-

тренная лапаротомия, клиновидная резекция желудка.

В пищеводе, по данным большинства авторов, чаще выявляются лейомиомы, характеризующиеся медленным ростом и низким потенциалом злокачественности [14]. Например, по данным Т. Кojima и соавт. [32], из 26 удаленных НЭПО пищевода все оказались доброкачественными [32], поэтому показанием к удалению НЭПО пищевода мы считали наличие симптомов пищеводного кровотечения или дисфагии, а также рост опухоли в процессе динамического контроля.

При выборе метода операции учитывали макроскопический вариант роста опухоли (интра-, экстрапросветный) и, самое главное, данные ЭУС, позволявшей определить слой, из которого исходит опухоль. Основываясь на нашем опыте, показанием к эндоскопическому удалению через гибкий эндоскоп считаем наличие НЭПО желудка диаметром не более 6 см, исходящей из мышечной пластинки слизистой оболочки или из подслизистого слоя. Опухоли такого же диаметра, исходящие из мышечного слоя желудка, стремились удалять методом лапароскопической клиновидной резекции. Такой подход совпадает с мнением многих авторов. Так, Ю.Г. Старков и соавт. [14], являющиеся приверженцами миниинвазивной хирургии, также предлагают удалять с помощью гибкого эндоскопа новообразования, исходящие, по данным эндосонографии, из 2-го и 3-го эхослоев (мышечной пластинки слизистой оболочки и подслизистого слоя), а опухоли 4-го эхослоя (собственный мышечный слой) ликвидировать лапароскопическим методом. Относительным ограничением для лапароскопического вмешательства являлось расположение опухоли в труднодоступных областях желудка (задняя стенка или малая кривизна субкардиального отдела), что затрудняло ее безопасное миниинвазивное удаление.

При локализации опухоли в мышечном слое пищевода операцией выбора считаем ее эндоскопическое удаление методом туннелирования подслизистого слоя. Суть методики заключается в иссечении опухоли после создания продольного по отношению к оси органа туннеля в подслизистом слое стенки пищевода через доступ в слизистой оболочке, расположенный на 5 см проксимальнее ближайшей границы новообразования [31]. При этом слизистая оболочка над удаленной опухолью остается сохранной, что обеспечивает герметизацию операционной раны и значительно снижает риск потенциальных послеоперационных осложнений. В конце оперативного вмешательства дефект слизистой оболочки ликвидируют путем наложения нескольких эндоклипс. Мы солидарны с мнением зарубежных специалистов, рассматривающих эту методику как альтернативу хирургическим или лапаро- и торакоско-

пическим вмешательствам [31, 42]. Главным ограничением для выполнения подобных операций, по мнению авторов данной методики, является размер опухоли, превышающий 4 см [31], что мы не наблюдали ни у одного больного. При локализации опухоли в собственной мышечной пластинке или подслизистом слое пищевода показано ее эндоскопическое удаление с помощью петлевой электроэксцизии.

Показаниями к открытой хирургической операции служили большой размер новообразования, как правило, соответствующий высокой степени злокачественности, а также наличие осложнений в виде кровотечения или стеноза. Кроме того, нецелесообразным считали выполнение лапароскопической резекции опухоли, локализованной в ДПК, что было связано с трудностями ее мобилизации и безопасного выполнения вмешательства. В такой ситуации предпочитали хирургическую резекцию.

Из 225 больных с НЭПО оперированы 102 (45,3%). Поводом к отказу от операции у 123 (54,7%) больных послужили следующие причины. У 96 пациентов с небольшими неосложненными опухолями ВОПТ, имевшими низкий потенциал злокачественности, мы сочли оперативное лечение непоказанным. Все эти больные выписаны в удовлетворительном состоянии с рекомендацией проведения динамического контроля. У 14 пациентов противопоказанием к оперативному вмешательству послужили выраженные сопутствующие заболевания. Еще 5 больных с пролимфоцитарной лимфосаркомой IV стадии (3) и В-клеточной лимфомой (2) выписаны под наблюдение онколога для проведения неoadьювантной химиотерапии. В 8 наблюдениях имел место категорический отказ пациентов от показанного им оперативного вмешательства, эти больные после консервативного лечения были выписаны из стационара для динамического наблюдения.

Из 102 оперированных больных у 2 вмешательства выполнено по экстренным показаниям в связи с рецидивом ЖКК. Оставшиеся 100 операций произведены в плановом или отсроченном порядке. Отсроченные вмешательства после стабилизации состояния и дообследования осуществляли больным, перенесшим ЖКК, на фоне успешного лекарственного гемостаза — эндоскопического (13 пациентов) и медикаментозного.

В 49 (48,0%) из 102 наблюдений были выполнены традиционные хирургические вмешательства: органосохраняющие — гастротомия с иссечением опухоли в 6 (12,3%); резецирующие — клиновидная резекция желудка в 25 (51%), в том числе в сочетании с фундопликацией по Ниссену в 3, резекция $2/3$ желудка по Бальфуру в 7 (14,3%), резекция $2/3$ желудка по Гофмейстеру—Финстереру в 5 (10,2%), проксимальная резекция желудка в 3 (6,1%), гастрэктомия в 2 (4,1%) наблюдениях при больших

кровотокающих ГИСО желудка, резекция желудка по Бильрот-I в 1 (2%). Лимфаденэктомию не выполняли, что объясняется крайне редкой частотой лимфо-регионарного метастазирования НЭПО, в том числе ГИСО [4, 34]. У больных с новообразованием диаметром более 5 см выполняли удаление большого сальника, рекомендованное большинством онкологов [10]. Так, по данным О.А. Ануровой и соавт. [1], метастатическое поражение большого сальника встречается у 37% пациентов с крупными ГИСО желудка и ДПК, что требует их удаления.

Лапароскопические вмешательства выполнены в 11 (10,8%) из 102 наблюдений. Лапароскопическая клиновидная резекция осуществлена в 9 наблюдениях. Такая операция чаще всего не представляет сложностей при локализации опухоли на передней стенке или большой кривизне органа. Расположение новообразования на задней стенке желудка также не является противопоказанием к лапароскопической операции, однако в этой ситуации необходима мобилизация большой или малой кривизны под контролем лапароскопа. Ограничением для использования этой методики является лишь расположение опухоли по малой кривизне или задней стенке субкардиального отдела, так как в этих ситуациях вследствие близости левой желудочной артерии, а также пищеводно-желудочного перехода не всегда возможно безопасное удаление новообразования лапароскопическим методом.

Методика лапароскопической клиновидной резекции желудка подразумевает несколько вариантов. В большинстве наблюдений мы выполняли иссечение опухоли на расстоянии 1,5—2 см от ее видимых границ с последующим ушиванием дефекта стенки желудка отдельными двухрядными интракорпоральными швами. Подобный способ широко применяется в отечественной хирургии [8]. При хорошей подвижности опухоли резекцию осуществляли с помощью линейного сшивающего аппарата. При небольших размерах опухоли и избыточном развитии перигастральной жировой клетчатки для облегчения поиска опухоли и ревизии области предполагаемой операции использовали гибкий эндоскоп, введенный в просвет желудка [17]. Герметичность наложенных швов проверяли путем введения воздуха через канал эндоскопа или толстый желудочный зонд.

В 2 наблюдениях при субсерозном экстрагастральном расположении небольших опухолей их иссекали с сохранением слизистой оболочки без вскрытия просвета желудка, что облегчало и делало более надежным последующее ушивание дефекта стенки органа. Такой подход, являясь более безопасным, не противоречит основным принципам удаления подобных новообразований [3, 6, 8].

По мнению большинства авторов, разрыв капсулы опухоли во время операции значительно повы-

шает риск имплантационного метастазирования [11]. Для предотвращения этого операционный макрорепарат без повреждения капсулы помещают в латексный контейнер и извлекают из брюшной полости без контакта с передней брюшной стенкой. Следует отметить, что в нашей клинике доля лапароскопических вмешательств у больных с НЭПО в последние годы неуклонно увеличивается. Большинство подобных вмешательств было выполнено за последние 5 лет.

Эндоскопическое удаление опухоли успешно произведено в 42 (41,2%) из 102 наблюдений. При небольших размерах и интрагастральном росте новообразования в 17 (40,5%) наблюдениях на его основание накладывали полипэктомическую петлю, которая при частичном натяжении формировала псевдоножку, после чего с использованием смешанного режима электрокоагуляции отсекали опухоль [5]. У 2 больных для облегчения фрагментации и профилактики кровотечения на основании новообразования натягивали лигатуру, после чего выше нее опухоль отсекали. При крупных размерах опухоли и невозможности формирования псевдоножки для ее одномоментного удаления мы использовали методику, включающую предварительную петлевую резекцию слизистой над образованием с введением под основание опухоли 0,001% раствора адреналина и ее последующим иссечением — 12 (28,6%) больных. Этот способ относительно прост и безопасен и хорошо зарекомендовал себя [19, 43]. У 8 пациентов в процессе оперативного вмешательства нами использован 2-канальный эндоскоп. В этих наблюдениях опухоль захватывали зажимом типа «аллигатор», предварительно введенным во второй канал, и оттягивали в просвет желудка, что облегчало наложение полипэктомической петли.

У 10 (23,8%) пациентов НЭПО желудка размером от 2 до 6 см удаляли с помощью методики эндоскопической диссекции подслизистого слоя. В этих ситуациях после резекции слизистой на верхушке образования инфильтрировали физиологический раствор под основание опухоли с последующей диссекцией в толще подслизистого слоя с помощью электрохирургического ножа-электрода [24]. Опухоль удаляли единым блоком, а дном образовавшегося дефекта являлся мышечный слой с остатками подслизистого. В конце операции в 8 наблюдениях выполнили профилактический эндогемостаз (аргоноплазменная коагуляция — 2, клипирование — 2, инъекция раствора адреналина — 2, комбинация методов — 2).

У 3 (7,1%) пациентов с НЭПО дистальной трети пищевода, исходящими из мышечного слоя, их удаляли путем эндоскопического туннелирования.

У 3 (2,9%) из 102 оперированных больных зафиксированы интраоперационные осложнения. У одной пациентки в финале эндоскопического уда-

Результаты морфологического исследования

Тип опухоли	Число больных	
	абс.	%
Гастроинтестинальная стромальная опухоль	38	36,9
Лейомиома	29	28,2
Воспалительно-фиброзный полип	8	7,8
Фиброма	8	7,8
Липома	7	6,8
Гемангиома	3	2,9
Невринома	3	2,9
Лимфосаркома	3	2,9
В-клеточная лимфома	2	1,9
Другие	2	1,9
Всего	103	100

ления ГИСО желудка диаметром 6 см развилось интенсивное ЖКК, успешно остановленное с помощью комбинированного эндогемостаза. В другом наблюдении в процессе эндоскопического удаления лейомиомы кардиального отдела желудка образовалось перфоративное отверстие диаметром 5 мм, ликвидированное путем наложения пяти эндоклипс. Подобная методика широко применяется специалистами, занимающимися внутрисветовой хирургией [22]. Однако неуверенность в надежной герметичности шва у этой пациентки продиктовала необходимость дополнительного хирургического ушивания. В этом аспекте заслуживает внимания опыт иностранных коллег, сообщающих об успешном устранении интраоперационных перфораций желудка с помощью клипсы OTSC компании OVESCO, являющейся, по мнению авторов, более надежной по сравнению с традиционными эндоклипсами [37, 38]. Еще у одного пациента во время хирургической клиновидной резекции желудка по поводу ГИСО отмечено повреждение селезенки с интраоперационной кровопотерей объемом 1 л, что потребовало выполнения спленэктомии.

Послеоперационные осложнения развились у 5 (4,9%) из 102 больных. У одной пациентки на 5-е сутки после лапароскопического удаления ГИСО желудка методом клиновидной резекции выявлены признаки несостоятельности швов с развитием распространенного перитонита; больной выполнена лапаротомия, устранена несостоятельность с последующей санационной релапаротомией, однако на 7-е сутки после первичной операции пациентка умерла от абдоминального сепсиса. У оставшихся 4 больных осложнения возникли после традиционных хирургических вмешательств. У пациента с тяжелым сопутствующим заболеванием на 14-е сутки после экстренной лапаротомии, клиновидной резекции по поводу кровоточащей невриномы желудка возникла тромбоэмболия легочной артерии, приведшая к летальному исходу. У другого пациента на

7-е сутки после экстренной лапаротомии, субтотальной резекции желудка по поводу большой кровоточащей ГИСО произошла перфорация острых язв тонкой кишки, потребовавшая серии санационных релапаротомий, исход которых был благоприятным. Еще в одном наблюдении на 7-е сутки после хирургической клиновидной резекции желудка по поводу кровоточащей лейомиомы возник тромбоз яремной вены, разрешенный консервативными мероприятиями. Наконец, у пациента, перенесшего плановую стволовую поддиафрагмальную ваготомию с резекцией желудка по Гофмейстеру—Финстереру по поводу ГИСО желудка, сочетавшейся с язвенной болезнью ДПК, после операции возник тяжелый гастростаз смешанной природы, успешно ликвидированный консервативно.

Один неоперированный больной 68 лет с крупной кровоточащей лимфосаркомой желудка умер на 9-е сутки после поступления от острой сердечной недостаточности. От операции у этого больного пришлось отказаться из-за его крайне тяжелого состояния, обусловленного выраженными сопутствующими заболеваниями и тяжелой кровопотерей. Таким образом, нами зафиксированы осложнения у 8 (7,8%) больных (у 3 интраоперационные, у 5 послеоперационные), послеоперационная летальность составила 2,0% (умерли 2 из 102 больных), общая летальность — 1,3% (умерли 3 из 225 больных), что коррелирует с данными литературы [2].

Результаты морфологического исследования, проведенного у 103 (45,8%) из 225 больных (операционный препарат у 102 больных; данные тонкоигольной пункции под контролем ЭУС у 1 неоперированной пациентки), представлены в **таблице**. Морфологическая структура большинства удаленных новообразований, верифицированная с помощью ИГХ-исследования, соответствовала ГИСО, что находит подтверждение в других работах [9].

Таким образом, осложненное течение заболевания отмечено нами у 24% больных с неэпители-

альными опухолями верхних отделов пищеварительного тракта. Это обстоятельство объясняет необходимость более активной хирургической тактики у таких пациентов. Современные эндоскопические и лучевые методы позволяют детально оценить структуру и локализацию опухолей, определить тактику и дифференцированно подойти

к вопросу о выборе способа оперативного удаления. Применение современных лечебно-диагностических методик позволило более чем у половины больных успешно осуществить удаление неэпителиальных новообразований миниинвазивным (эндоскопическим, лапароскопическим) способом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Анурова О.А., Снугур П.В., Петровицев Н.Н.* Клинико-морфологическая характеристика стромальных опухолей желудочно-кишечного тракта. Протокол заседания №522+ от 24 ноября 2005. Вестник Московского онкологического общества 2005; 43.
2. *Галкин В.Н., Майстренко Н.А.* Диагностика и хирургическое лечение неэпителиальных опухолей желудочно-кишечного тракта. Хирургия 2003; 3: 34—38.
3. *Дуболазова Ю.В., Ивашкин В.Т., Напалкова Н.Н. и др.* Современные подходы к диагностике и лечению лейомиом желудка: данные литературы и описание собственного наблюдения. Рос журн гастроэнтерол гепатол 2008; 18: 6: 81—87.
4. *Константинова М.М.* Гастроинтестинальные стромальные опухоли (GIST). Стандарты диагностики и тактики лечения. Протокол заседания №522+ от 24 ноября. Вестник Московского онкологического общества 2005; 42—43.
5. *Корнилов Ю.М., Овсянникова И.А.* Эндоскопическая диагностика и лечение подслизистых опухолей пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Альманах эндоскопии 2002; 1: 56—60.
6. *Кузин Н.М.* Доброкачественные опухоли желудка. Руководство по гастроэнтерологии. Под ред. Ф.И. Комарова, А.Л. Гребенева. М 1995.
7. *Мальцева И.М.* Значение эндоскопии и эндосонографии в диагностике, лечении и динамическом наблюдении доброкачественных неэпителиальных опухолей пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2001.
8. *Оскретков В.И., Климов А.Г., Ганков В.А., Гурьянов А.А., Андреасян А.Р., Горбунова С.А.* Видеолапароскопические операции при доброкачественных подслизистых неэпителиальных опухолях желудка. Эндоскоп хир 2011; 2: 7—11.
9. *Поддубная И.В.* Гастроинтестинальные стромальные опухоли (диагностика, лечение). Практические рекомендации. М 2008.
10. *Сельчук В.Ю., Стилиди И.С., Снугур П.В. и др.* Особенности хирургического лечения больных гастроинтестинальными стромальными опухолями. Протокол заседания №522+ от 24 ноября. Вестник Московского онкологического общества 2005; 44.
11. *Снугур П.В.* Стромальные опухоли желудочно-кишечного тракта. Клиника, диагностика, лечение: Автореф. дис. канд. мед. наук. М 2004.
12. *Старков Ю.Г., Стрекаловский В.П., Шишин К.В., Солодилина Е.Н., Домарев Л.В., Шеголев А.И., Паклина О.И.* Лапароскопическое трансгастральное удаление доброкачественной опухоли желудка. Хирургия 2005; 4: 73—74.
13. *Старков Ю.Г., Солодилина Е.Н., Шишин К.В. и др.* Новый взгляд на диагностику и лечение подслизистых новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Сборник тезисов XIII съезда Российского общества эндоскопических хирургов 2010; 13—14.
14. *Старков Ю.Г., Солодилина Е.Н., Новожилова А.В.* Подслизистые новообразования желудочно-кишечного тракта в эндоскопической практике (обзор). Хирургия 2010; 2: 51—59.
15. *Старков Ю.Г., Солодилина Е.Н., Константинова М.М., Шишин И.В., Курушкина Н.А., Филиппова Е.М.* Эндосонография в выборе тактики лечения подслизистых новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Клинический эндоскоп 2011; 4: 30: 17—22.
16. *Стилиди И.С., Архири П.П., Никулин М.П.* Гастроинтестинальные стромальные опухоли в эпоху лечения гливеком. Вместе против рака 2008; 2: 45—50.
17. *Тимошенко О.В., Брюханов Е.А., Реутов А.А.* Лапароскопическое удаление лейомиомы желудка под контролем гибкого эндоскопа. Эндоскоп хир 2001; 1: 42—43.
18. *Федоров Е.Д., Иноуэ Х., Шаповальянц С.Г., Плахов Р.В., Галкова З.В., Юдин О.И., Иванова Е.В., Тимофеев М.Е., Селезнёв Д.Е., Мазелли Р.* Эндоскопическое удаление неэпителиальных образований пищевода путем туннелирования подслизистого слоя при помощи диссекции: первый опыт. Эксперим и клин гастроэнтерол 2012; 10: 30—34.
19. *Шаповальянц С.Г., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Плахов Р.В., Михалева Л.М., Галкова З.В., Иванова Е.В., Сергеенко А.Е.* Непосредственные результаты лечения больных с неэпителиальными опухолями желудочно-кишечного тракта, осложненными кровотечением. Рос журн гастроэнтерол гепатол 2011; 21: 5: 35—40.
20. *Ando N., Goto H., Niwa Y. et al.* The diagnosis of GI stromal tumors with EUS-guided fine needle aspiration with immunohistochemical analysis. Gastrointest Endosc 2002; 55: 37—43.
21. *Arahoshi K., Sumida Y., Matsui N. et al.* Preoperative diagnosis of gastrointestinal stromal tumor by endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration. World J Gastroenterol 2007; 14: 2077—2082.
22. *Binmoeller K.F., Grimm H., Soehendra N.* Endoscopic closure of a perforation using metallic clips after snare excision of a gastric leiomyoma. Gastrointest Endoscopy 1993; 39: 172—174.
23. *Cantor M.J., Davila R.E., Faigel D.O.* Yield of tissue sampling for submucosal lesions evaluated by EUS: a comparison between forceps biopsies and endoscopic submucosal resection. Gastrointest Endoscopy 2006; 64: 29—34.
24. *Catalano F., Rodella L., Lombardo F., Silano M., Tomezzoli A., Fuini A., Di Cosmo M.A., de Manzoni G., Trecca A.* Endoscopic submucosal dissection in the treatment of gastric submucosal tumors: results from a retrospective cohort study. Gastric Cancer 2012.
25. *Demetri G.D., Mehren M., Antonescu C.R. et al.* NCCN Task Force report: update on the management of patients with gastrointestinal stromal tumors. J Natl Compr Canc Netw 2010; 8: 2: 1—41.
26. *Elmunzer B.J., Trunzo J.A., Marks J.M. et al.* Endoscopic full-thickness resection of gastric tumors using a novel grasp-and-snare technique: feasibility in ex vivo and vivo porcine models. Endoscopy 2008; 40: 931—935.
27. *Грасиас В.Х., Рейли П.М., Маккенни М.Г., Велмэхос Д.С.* Неотложная хирургия. Руководство для хирургов общей практики. М 2010.
28. *Guiyong Peng.* EUS-assisted endoscopic therapy of submucosal tumors in gastrointestinal tract. Gastrointest Endosc 2009; 69: 2: 254.
29. *Hunt G.C., Smith P.P., Faigel D.O.* Yield of tissue sampling for submucosal lesions evaluated by EUS. Gastrointest Endoscopy 2003; 57: 68—72.
30. *Hwang J.H., Rulyak S.D., Kimmey M.B. et al.* American Gastroenterological Association Institute technical review on the management of gastric subepithelial masses. Gastroenterology 2006; 130: 2217—2228.
31. *Inoue H., Ikeda H., Hosoya T., Onimaru M., Yoshida A., Eleftheriadis N., Maselli R., Kudo S.* Submucosal endoscopic tumor resection for subepithelial tumors in the esophagus and cardia. Endoscopy 2012; 44: 225—230.

32. *Kojima T., Takahashi H., Parra-Blanco A. et al.* Diagnosis of submucosal tumor of the upper GI tract by endoscopic resection. *Gastrointest Endosc* 1999; 50: 516—522.
33. *Li V.K.M., Hung W.-K., Chang C.-K. et al.* Laparoscopic intragastric approach for stromal tumors located at the posterior gastric wall. *Asian J Surg* 2008; 31: 1: 6—10.
34. *Miettinen M., Sobin L.H., Lasota J.* Gastrointestinal stromal tumors of the stomach: a clinicopathologic, immunohistochemical and molecular genetic study of 1765 cases with long-term follow-up. *Am J Surg Pathol* 2005; 29: 52—68.
35. *Nesje L.B., Laerum O.D., Svanes K., Odegaard S.* Subepithelial masses of the gastrointestinal tract evaluated by endoscopic ultrasonography. *Eur J Ultrasound* 2002; 15: 45—54.
36. *Park K.S., Huh K.C., Hwang I., Kwon J.H., Kwon J.G., Kim G.H., Shin J.E., Kim E.S., Cho K.B.* Multi-Center Study Regarding the Risk Factors for Bleeding in Gastrointestinal Stromal Tumor. *Hepatogastroenterology* 2013; 60: 122: 235—239.
37. *Renteln D., Vassiliou M.C., Rothstein R.I.* Randomized controlled trial comparing endoscopic clips and over-the-scope clips for closure of natural orifice transluminal endoscopic surgery gastrotomies. *Endoscopy* 2009; 41: 1056—1061.
38. *Schlag C., Wilhelm D., Delius S., Feussner H., Meining A.* EndoResect study: endoscopic full-thickness resection of gastric subepithelial tumors. *Endoscopy* 2013; 45:4—11.
39. *Schubert D., Kuhn R., Nestler G. et al.* Laparoscopic — endoscopic rendezvous resection of upper gastrointestinal tumors. *Dig Dis* 2005; 23: 106—112.
40. *Tarcoveanu E., Bradea C., Dimofte G. et al.* Laparoscopic wedge resection of gastric leiomyoma. *J Soc Laparoendosc Surg Publ* 2006; 10: 368—374.
41. *Wilhelm D., Delius S., Burian M.* Simultaneous use of laparoscopy and endoscopy for minimally invasive resection of gastric subepithelial masses — analysis of 93 interventions. *World J Surg* 2008; 32: 1021—1028.
42. *Xu M.D., Lu W., Li Q.L., Zhou P.H., Zhong Y.S., Chen W.F., Zhang Y.Q., Yao L.Q.* Application and evaluation of submucosal tunneling endoscopic resection of gastric submucosal tumors originating from the muscularis propria layer. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi* 2012; 15: 7: 671—674.
43. *Ye L.P., Zhang Y., Wang C.Y., He S.Q., Feng X.J., Zhang J.S., Ding J.X.* Endoscopic submucosal enucleation for gastric submucosal tumors originated from muscularis propria layer: clinical analysis of 116 cases. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi* 2012; 15: 11: 1175—1177.
44. *Yoshida H., Mamada Y., Taniai N. et al.* Spurt bleeding from a calcified gastro-intestinal stromal tumor in the stomach. *J Nippon Med Sch* 2005; 72: 5: 304—307.