

Клинический пример удаления раннего рака ободочной кишки методикой диссекции в подслизистом слое

Проф. А. РЕПИЧИ¹, к.м.н. О.Б. ТКАЧЕНКО², к.м.н., доц. С.В. КАШИН³, к.м.н. Д.В. ЗАВЬЯЛОВ^{3*}, Д.В. ГУСЕВ³, В.И. ГОНЧАРОВ³

¹Отделение эндоскопии пищеварительной системы клиники Итальянского научного института Уманитос, Милан, Италия; ²НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург; ³ГБУЗ Ярославской области «Клиническая онкологическая больница», Ярославль

The removal of early colonic cancer by means of dissection in the submucous layer: a case report

A. REPICHI¹, O.B. TKACHENKO², S.V. KASHIN³, D.V. ZAV'YALOV³, D.V. GUSEV³, V.I. GONCHAROV³

¹Department of Digestive System Endoscopy, Istituto Clinico Humanitas Hospital, Milan, Italy; ²N.N. Petrov Research Institute of Oncology, Sankt-Peterburg; ³Department of Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, state budgetary healthcare facility «Yaroslavl Regional Oncological Clinical Hospital», Yaroslavl

Пациент Б., 65 лет. Жалобы на запоры. При выполнении колоноскопии было выявлено полиповидное образование в поперечной ободочной кишке на широком основании, тип 0-Isp (Парижская классификация 2002 г.), размером 3,0×2,0 см (рис. 1). По данным гистологии — тубулярная аденома с фокусами высококодифференцированной аденокарциномы.

Выявить подобное образование можно при соблюдении двух условий. Во-первых, необходимо произвести полный осмотр всей толстой кишки. Это возможно обеспечить лишь при проведении эндоскопа в купол слепой кишки. Случаи, когда кишка осмотрена лишь частично (например, только левый фланг), могут привести к пропуску предраковой патологии и даже колоректального рака, что, возможно, будет фатально для пациента. Полное обследование толстой кишки является одной из основных задач колоноскопии и ключевых показателей ее эффективности.

Во-вторых, крайне важна адекватная подготовка кишечника к колоноскопии, что является ключевым моментом для обеспечения качества скрининговой колоноскопии. Хорошая подготовка кишечника обеспечивает возможность интубации слепой кишки, детальный осмотр слизистой оболочки кишки и выявление даже минимальных патологических изменений.

На практике существует множество различных схем подготовки толстой кишки к колоноскопии. Однако наиболее распространенным и эффективным способом подготовки является методика кишечного лаважа с использованием полиэтиленгликоля (ПЭГ). На основании рекомендаций Российского эндоскопического общества и опыта Ярославской областной онкологической больницы подготовлены инструкции по подготовке толстой кишки к колоноскопии с помощью препарата Фортранс, основой которого является ПЭГ (Макроголь 4000) [1]. Приготовленный из сухого порошка, изоосмотический раствор макроголя 4000 не метаболизируется и не всасывается в кишечнике. При пероральном приеме этого раствора достигается эффективный кишечный лаваж, а другие ком-

поненты, входящие в состав Фортранса, предотвращают развитие электролитных нарушений и снижают риск развития побочных явлений. В рутинной практике мы применяем двухэтапную схему подготовки к колоноскопии (англ. — split-dose). Прием Фортранса выполнялся в домашних условиях, что не требует участия медицинского персонала.

При диагностике этого образования использовали методику окраски слизистой (хромоскопии) и узкоспектральной эндоскопии. Методика хромоскопии с использованием индиго кармина 0,1—0,2% является простой и доступной. Этот краситель не поглощается клетками эпителия, а растекается по поверхности слизистой оболочки толстой кишки, подчеркивает ее структуру, неровности и создает визуальный контраст между неизмененными тканями и патологическими участками (рис. 2).

Узкоспектральная эндоскопия (Narrow band imaging) — это оптическая методика, основанная на использовании специальных оптических фильтров, суживающих спектр световой волны [2]. Это позволяет получить детальное

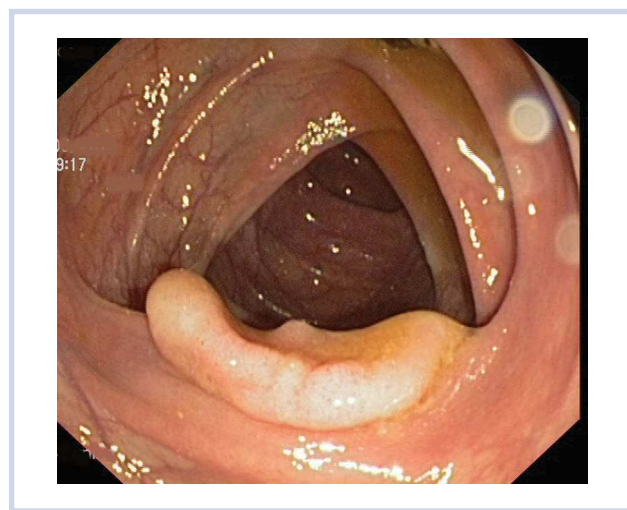


Рис. 1. Эпителиальное образование поперечной ободочной кишки.

*e-mail: zavialoff@mail.ru

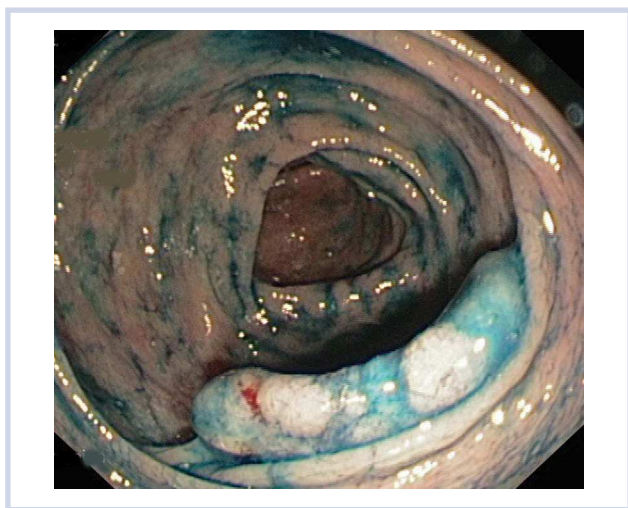


Рис. 2. Методика окраски слизистой 0,2% раствором индигокармина.



Рис. 3. Осмотр структуры поверхности образования в узком световом спектре (NBI).

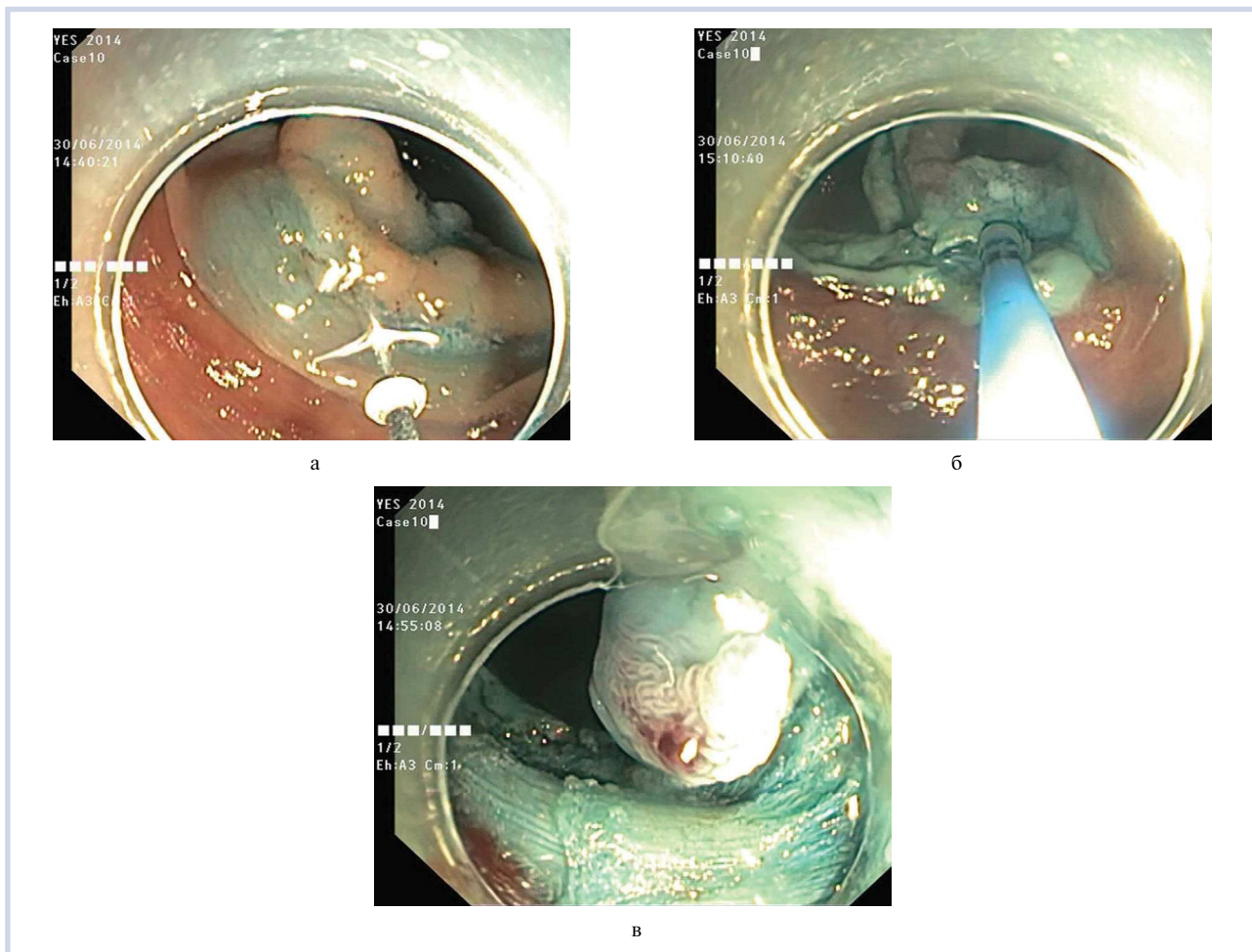


Рис. 4. Этапы удаления опухоли методикой диссекции в подслизистом слое.

а — применение водоструйного диссектора ERBEJET в качестве иньектора для создания гидроподушки под основанием опухоли; б — отслоение подслизистого слоя стенки желудка; в — отсечение опухоли от мышечного слоя стенки желудка.

изображение сосудистого рисунка тканей, его изменений, характерных для патологических участков воспалительного генеза, а также для предраковых заболеваний и ранних форм рака (рис. 3).

Удаление образования выполнено методикой диссекции в подслизистом слое с применением новейшей технологии водоструйной хирургии. Была использована хирургическая станция ERBE VIO и водоструйный диссектор

ERBEJET компании ERBE, который позволяет сочетать высокочастотную и водоструйную хирургию. Подобное сочетание позволяет исключить термическое повреждение краев разреза, сохранить целостность окружающих тканей, при этом минимизировать кровотечение и осуществить селективное воздействие на ткани и провести их прецизионное послойное препарирование и рассечение. При этом диссектор ERBEJET является гибридным устройством, которое сочетает в себе нож, инжектор и коагулятор. Это позволяет выполнить всю операцию одним инструментом, что значительно сокращает продолжительность вмешательства в связи с исключением необходимости смены инструмента (рис. 4).

Одним из основных преимуществ методики диссекции в подслизистом слое является удаление опухоли единым блоком, практически независимо от ее размеров [3]. Радикальность эндоскопического удаления опухоли при этом устанавливается при исследовании удаленного препарата. При этом патолог может оценить как края, так и внутреннюю поверхность удаленного фрагмента (рис. 6). Признаками радикального удаления являются отсутствие инвазивного роста аденокарциномы (высокая и умеренная степень дифференцировки), иссечение в пределах здоровых тканей, расположение опухолевых тканей вне зоны окаймляющего разреза.

Дискуссия

В толстой кишке метастазирование в лимфатических узлах происходит только после прорастания опухоли подслизистого слоя стенки кишки и напрямую зависит от глубины инвазии. Это подтверждает терапевтическую эффективность эндоскопического удаления ранних форм колоректального рака, когда опухолевый рост ограничивается слизистой оболочкой и практически не зависит от их размера. Современные эндоскопические технологии позволяют выполнить их радикальное удаление. Поэтому основная цель современной колоноскопии — выявление предраковой патологии и рака на ранних стадиях.

Скрининг предраковой патологии и колоректального рака — это сложное мероприятие, имеющее различные варианты его организации, требующее не только создания и соблюдения алгоритмов в работе врача, но определенных усилий от пациентов (подготовка к проведению колоноскопии и др.). Для того чтобы вся программа скрининга оказалась успешной, должен произойти последовательный ряд событий: встреча пациента с осведомленным врачом общей практики и получение от него рекомендаций о необходимости проведения скрининга, получение согласия пациента на обследование, определение группы риска, проведение обследования, своевременная диагностика,

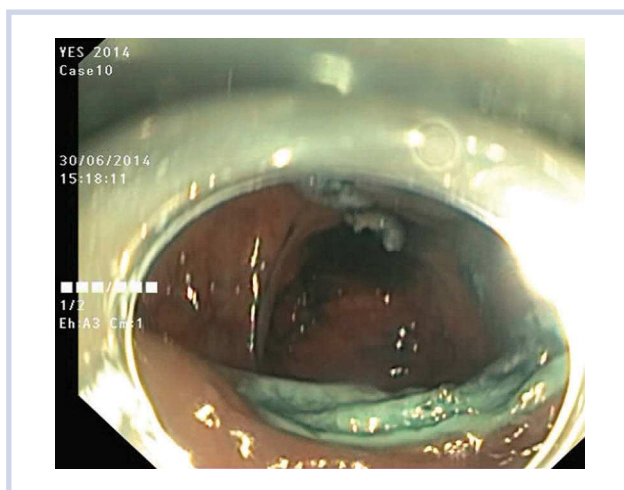


Рис. 5. Эндоскопическая картина после диссекции опухоли.



Рис. 6. Гистологический препарат — тубулярная аденома с фокусами высокодифференцированной аденокарциномы.

Окраска гематоксилином и эозином. $\times 300$.

своевременное лечение, проведение соответствующего последующего наблюдения. Если хотя бы одно из этих событий выпадет или будет выполнено на недостаточно квалифицированном уровне, скрининг окажется неудачным. Поэтому эта задача может быть осуществима только при взаимодействии врачей эндоскопистов, гастроэнтерологов, колопроктологов и врачей общетерапевтического профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Королев М.П., Кашин С.В., Завьялов Д.В., Рассадина Е.А. Принципы организации и критерии качества колоноскопии, выполняемой с целью скрининга колоректального рака. Материалы конференции «Эндоскопия в диагностике и лечении заболеваний панкреатобилиарной зоны и кишечника». СПб 2013.
2. Gono K. An introduction to high-resolution endoscopy and narrowband imaging. In: Cohen J. (editor). Advanced digestive endoscopy: comprehensive atlas of high resolution endoscopy and narrowband imaging. Oxford, UK: Blackwell publishing Ltd. 2007; 9—22.
3. Repici A., Conio M., De Angelis C. Insulated-tip knife endoscopic mucosal resection of large colorectal polyps unsuitable for standard polypectomy. Am J Gastroenterol 2007; 102: 1617—1623.