

Муковозова И.Л.¹, Рычагов Г.П.²
3 городская клиническая больница им.Е.В.Клумова, г. Минск,
Беларусь¹
Белорусский государственный медицинский университет²

I. Mukovozova¹, G.Rychagov²
3d Clinical Hospital named after E.Klumov, Minsk, Belarus¹
Belarusian State Medical University²

Выбор способа и результаты эндоскопического лечения узловых форм ворсинчатых опухолей толстой кишки больших размеров, расположенных на ножке.

Determination of the method and the results of endoscopic treatment of junctional forms of large-sized pedunculated colonal villous tumors.

Резюме

В статье представлены результаты лечения 40 пациентов с узловой формой ворсинчатой опухоли, методы профилактики кровотечения и перфорации толстой кишки при эндоскопическом удалении.

Ключевые слова: ворсинчатая опухоль, видеокOLONOSКОПИЯ, эндоскопическая электроэксцизия.

Summary

There are the results of treatment of 40 patients with a junctional form of villous tumor, the methods of preventive care of colon hemorrhage and rupture during endoscopic oncotomy, presented in the article.

Keywords: villous adenoma, videocolonoscopy, electroexcision

Введение:

Несмотря на то, что ворсинчатые опухоли толстой кишки 150 лет тому назад выделены в самостоятельную нозологическую форму, интерес к ним до сих пор не угасает. Особенно это относится к опухолям больших размеров. Это обусловлено, прежде всего, высоким индексом малигнизации, ростом частоты их выявления, а также тем, какому из способов лечения (эндоскопическому или традиционному хирургическому) необходимо отдать предпочтение. В настоящее время факт развития колоректального рака в

ворсинчатых аденомах считается полностью доказанным, и они подлежат обязательному удалению.

Следует отметить, что данная патология не имеет патогномичной клиники. Часто протекает бессимптомно, а такие жалобы как дискомфорт в области живота, выделение слизи, крови во время акта дефекации характерны для ряда заболеваний и позволяют лишь предположить наличие доброкачественной опухоли в толстой кишке. Золотым стандартом диагностики данной патологии является видеокколоноскопия с прицельной полибиопсией и электронной хромоскопией. Внедрение новых и значительное усовершенствование известных приемов неизбежно приводит к определенной переоценке диагностических и лечебных возможностей колоноскопии на современном этапе.

Большинство макроскопических классификаций на сегодняшний день значительно устарели. Для практических целей важно имеет ли ворсинчатая опухоль ножку, расположена на широком основании или имеет плоский рост, так как это влияет на выбор способа и результаты их лечения. Понятно, что при наличии ножки, широкого основания и плоской стелющейся форме опухоли характер операции будет существенно отличаться. Наиболее распространенная макроскопическая классификация ворсинчатых опухолей учитывает эти признаки. Этим требованиям отвечает Парижская классификация, принятая в 2002 году. Полиповидные образования могут быть на ножке (*pedunculated, 0-Ip*), «сидячими» – на широком основании (*sessile, 0-Is*), неполиповидные образования могут быть слегка приподнятыми (*0-IIa*), плоскими (*0-IIb*) и изъязвленными (*0-IIc, 0-III*).

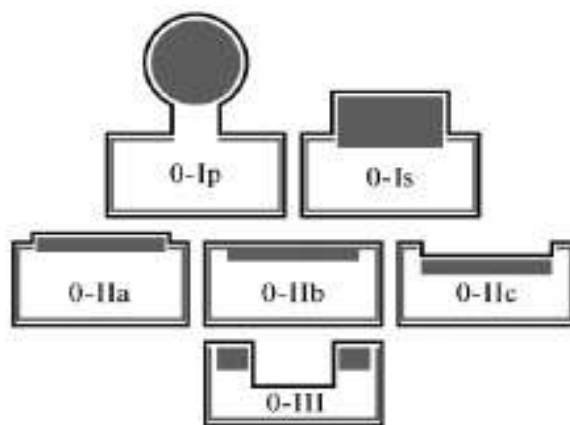


Рис. 1 Макроскопическая классификация эпителиальных неоплазий (Парижская классификация, 2002 г.)

Согласно Гистологической классификации опухолей кишечника ВОЗ, ворсинчатые опухоли относятся к аденомам[3]. И по своей микроскопической структуре делятся на две группы:

- Тубулярно-папиллярные (тубулярно-ворсинчатые)
- Папиллярные (ворсинчатые)

Наибольшие трудности в лечении представляют собой крупные новообразования. При выборе способа лечения ворсинчатых опухолей большого размера (3 и более см), когда она занимает половину и более просвета кишки, до сих пор существуют две конкурирующие точки зрения. С позиции одной из них при таких опухолях показана традиционная резекция кишки с формированием толсто-толстокишечного соустья. Согласно второй – эти опухоли подлежат эндоскопическому внутрипросветному удалению с сохранением органа [2,1].

Критерием эффективности методов лечения ворсинчатых опухолей является количество рецидивов. Основное количество рецидивов приходится на первый год после удаления аденомы, вне зависимости от применяемого метода лечения и формы ворсинчатой опухоли, и достигает по данным литературы до 25% [1].

Цель исследования: Оценить возможности эндоскопического удаления ворсинчатых опухолей больших размеров, имеющих узловую форму роста в зависимости от особенностей их ножки с учетом ближайших и отдаленных результатов лечения.

Материал и методы:

За период с 2004 по 2014гг. в эндоскопическом отделении 3 ГКБ г.Минска было оперировано 268 пациентов с ворсинчатыми опухолями толстой кишки больших размеров. В зависимости от анатомического роста мы всех пациентов разделили на 3 группы. В первую включены узловые формы ворсинчатых опухолей (0-Ір) с четко сформированной ножкой, которая наблюдалась у 40 (14,9%) человек, во вторую вошли опухоли на широком основании (0-Іs) - у 135 (50,4%) и третью составили опухоли с латеральным ростом (0-Іа) - у 93 (34,7%).

Предметом нашего исследования были пациенты, вошедшие в первую группу, имевшие ворсинчатые опухоли, узловой формы роста на выраженной ножке.



Рис.2 Ворсинчатая аденома с длинной тонкой ножкой
 Рис.3 Ворсинчатая аденома с выраженной толстой ножкой,

выполненная сосудом и выделением крови в связи с травмированием ворсинок.

Перед тем как произвести эндоскопическое удаление опухоли все пациенты на амбулаторном этапе были обследованы, выполнялась диагностическая видеокOLONOSКОПИЯ с целью оценки макроскопической картины опухоли и выполнения множественной биопсии из нее для исключения малигнизации. Перед удалением опухоли, пациентам выполнялась видеокOLONOSКОПИЯ либо видеосигмоскопия. Сама ворсинчатая опухоль макроскопически из-за обилия кровеносных сосудов в ее строении часто имела красноватый цвет, а в связи с наличием множества тонких и нежных ворсинок, которые легко травмируются, она могла кровоточить. Однако само кровотечение не является признаком озлокачествления. Наряду с этим следует подчеркнуть, что ряд макроскопических признаков, полученных в процессе визуального обследования, позволяют с достаточно высокой степенью вероятности судить о злокачественной трансформации крупной аденомы толстой кишки. Среди них можно выделить следующие:

- плотная консистенция ворсинчатого образования;
- наличие участков уплотнения;
- бугристая поверхность;
- наложения фибрина;
- изъязвление поверхности;
- контактная кровоточивость.

Наличие двух и более данных эндоскопических признаков уже указывают на высокий риск малигнизации. Для повышения результативности видеокOLONOSКОПИИ большое значение приобрела виртуальная хромокопия, которая пришла в клиническую практику вместо хромокопии с использованием различных преимущественно химических красителей. Примененная в процессе эндоскопического исследования электронная видеохромокопия позволяет определить структуру поверхности тканей, судить о границах распространения патологического очага, оценить архитектуру сосудистой сети в нем. Технология виртуальной хромоэндоскопии позволяет получать детальную характеристику мельчайших очагов поражения, предвидеть результаты гистологии с высокой степенью достоверности.

Очень важным элементом видеокOLONOSКОПИИ в плане выбора способа иссечения ворсинчатой опухоли имела оценка ножки в зоне ее фиксации к кишке. Она могла быть длинной, короткой, тонкой и толстой. Ножку обычно формируют медленно растущие аденомы, расположенные на активно перистальтирующих участках толстой кишки. Следует отметить, что ножка имеет гистологическое строение соответствующее нормальной слизистой, т.к. образуется в результате тянущего воздействия опухоли на слизистую в

области основания, что имеет важное практическое значение при ее удалении.

Наряду с этим у всех пациентов проводилось общеклиническое, а в показанных случаях, то или иное инструментальное обследование с целью выявления сопутствующей патологии, для определения необходимости и объема предоперационной подготовки. Окончательно о природе опухоли судили на основании гистологического исследования удаленного препарата. По морфологической картине это были тубулярно-папиллярные аденомы.

Всем пациентам изучаемой группы выполнялась электроэксцизия опухолей диатермической петлей, которую набрасывали на ножку. Во многих случаях из-за больших размеров опухоли сделать это было не возможно, поэтому ее резецировали фрагментарно, и лишь после этого ножка была доступна для пересечения диатермической петлей. Использовали электрохирургический блок, режим автокоагуляции, forced, максимальная мощность 40 Вт. Опасность отсечения при опухоли больших размеров, имеющих короткую ножку, состояла в том, что после пересечения слизистая, образующая ножку, расправляется. В связи с этим появляется большая вероятность получить перфорацию стенки толстой кишки. Таким пациентам для профилактики этого осложнения во время электроэксцизии диатермическую петлю при отсечении опухоли располагали, как можно ближе под головкой опухоли, что позволяло избежать осложнений при их удалении.

Пациентам, имеющим опухоль узловой формы с наличием толстой и длинной ножки, проводилась также электроэксцизия диатермической петлей. При пересечении ножки этих опухолей она, как и в первом случае, сокращалась под электровоздействием, поэтому необходимо помнить о возможной перфорации кишки и пересекать ножку сразу же ниже места фиксации к ней головки опухоли или ее остатка при фрагментарном удалении, как это было описано выше. Наряду с этим следует помнить, что толстая ножка в основном содержит крупный питающий опухоль сосуд, покрытый неизменной слизистой. Поэтому отсечение опухоли такой анатомической структуры опасно развитием профузного кровотечения. По этой причине перед проведением электроэксцизии в ножку опухоли вводили физиологический раствор 5,0 мл с 0,18% раствором адреналина 1,0 мл с целью создать превентивную тампонаду сосуда и достичь спазма его вследствие введения адреналина. После отсечения опухоли, при наличии крупного сосуда в ножке, на «пенек» ее дополнительно накладывали две встречные эндоклипсы.

Все пациенты после удаления ворсинчатых опухолей толстой кишки, независимо от его способа, находились на диспансерном наблюдении с обязательным морфологическим контролем зоны оперативного вмешательства.

Результаты:

Все 40 пациентов, изучаемой группы были оперированы эндоскопически с использованием видеокколоноскопии. Их возраст

варьировал от 31 до 84 лет и в среднем составил 39,5 лет. Женщин было 33 (82,5%), мужчин – 7 (17,5%).

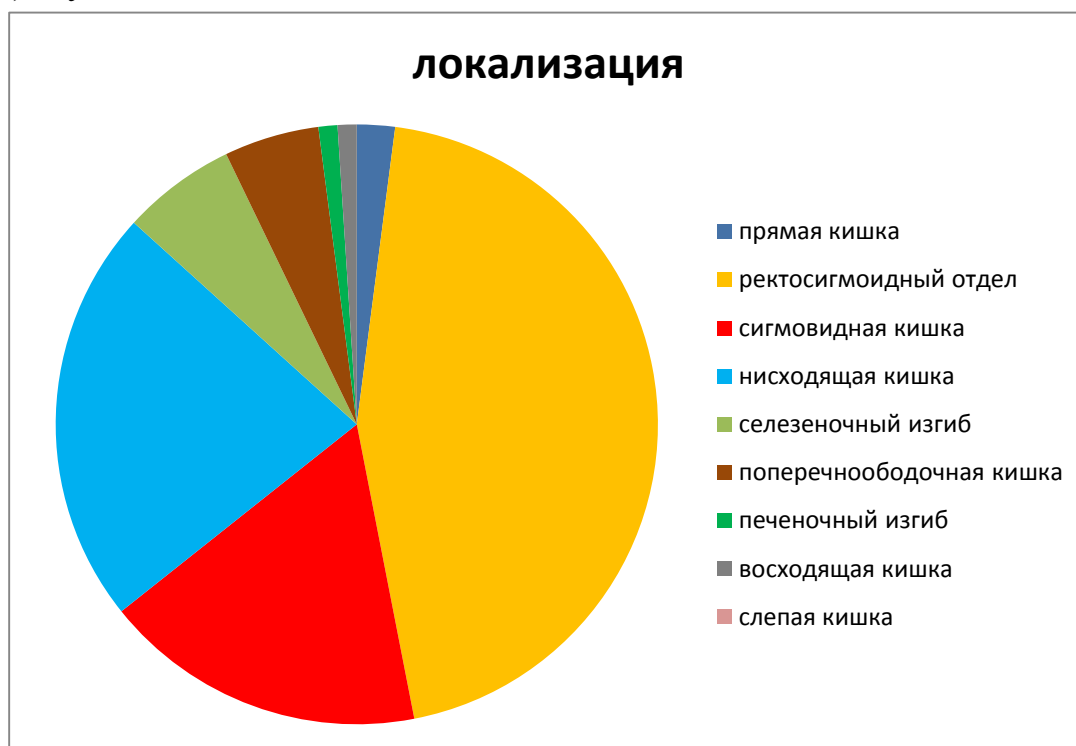


Рис.4 Расположение опухоли на протяжении толстой кишки.

Как видно из диаграммы опухоль наиболее часто локализовалась в ректосигмоидном отделе, нисходящей и сигмовидной кишке.

Во всех случаях ворсинчатые опухоли имели размер больше 3,0 см. Она, как правило, занимала более половины просвета и ранее, 5 – 10 лет тому назад, пациенты с таким размером опухоли однозначно подлежали традиционной операции, заключающейся в иссечении опухоли посредством колотомии или резекции участка кишки с ней.

В зависимости от особенностей способа эндоскопического удаления ворсинчатой опухоли все пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 18 (45%) пациентов, ворсинчатая опухоль, у которых имела хорошо выраженную, но короткую ножку. Этим пациентам выполнялась только электроэксцизия с отсечением опухоли у головки, как это описано выше. Осложнений при данном виде оперативного вмешательства не наблюдалось.(Рис.5)

Во вторую группу вошли 22 (55%) пациента с толстой и длинной ножкой. Двум пациентам из этой группы (9%) было выполнено отсечение ворсинчатой опухоли с помощью диатермической петли, как это выполняли в предыдущей группе. В результате этого возникло струйное кровотечение из сосуда ножки опухоли. Гемостаз был достигнут эндоскопически благодаря наложению на кровоточащий сосуд эндоклипс. Для профилактики кровотечения остальным 20 (91%) пациентам второй группы перед пересечением ножки выполнялось превентивное введение физиологического

раствора с раствором адреналина в концентрации 0,18% и лишь после этого, отсекали опухоль у головки. Из этих 20 пациентов у девяти были наложены эндоклипсы, для профилактики послеоперационного кровотечения поскольку ножка полипа содержала сосуд значительного калибра. Осложнений в виде кровотечений при данном методе гемостаза мы у наших пациентов не наблюдали (Рис.5).

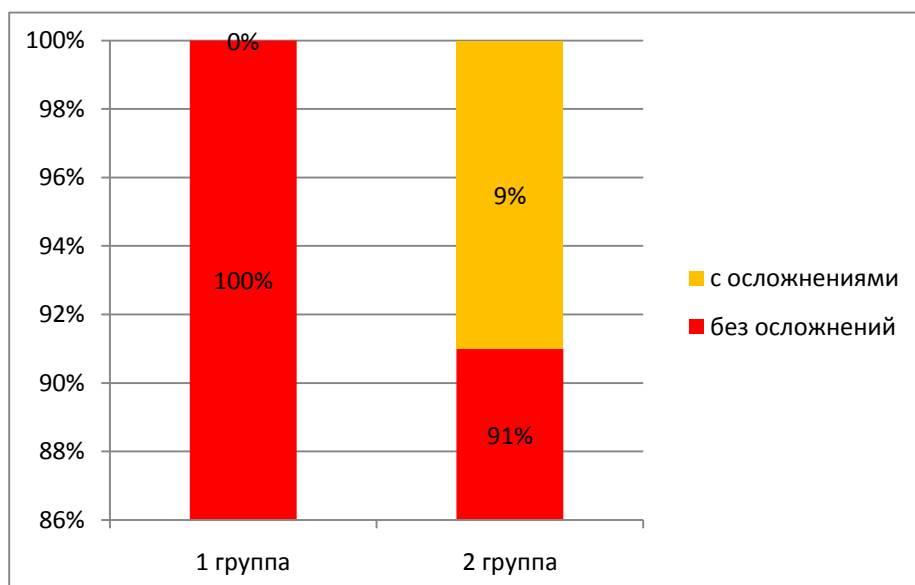


Рис.5

Окончательно о природе опухоли судили на основании гистологического исследования удаленного препарата. Доброкачественная природа опухоли была выявлена в 37(92,5%) наблюдениях. По морфологической картине это были тубулярно-папиллярные аденомы. У 3 пациентов (7,5%) морфологически были выявлены участки опухоли, характерные для высокодифференцированной аденокарциномы, не обнаруженной в процессе гистологического изучения биопсийного материала. Подобный гистологический ответ мы получили, только исследовав весь макропрепарат.

У всех пациентов, имевших узловую форму ворсинчатой опухоли, изучены отдаленные результаты в течение трех лет после их эндоскопического удаления. Для этого использовали клинический метод обследования и видеокколоноскопию с электронной видеохромоскопией и прицельной биопсией из зоны звездчатого рубчика либо «пенька» ножки на месте отсеченной опухоли. При оценке данных клинического обследования, имевшие место проявления заболевания до операции, у большинства пациентов исчезли. Ни эндоскопически, ни морфологически рецидивов ворсинчатой опухоли ни в одном случае не было выявлено. Это подтверждала и виртуальная видеохромоскопия. На месте удаленных ворсинчатых опухолей с короткой ножкой оставался белесоватый рубчик, а

после удаления опухолей с толстой и длинной ножкой определялся «пенек» ножки аденомы покрытый неизменной слизистой.

Выводы:

1. Применение электроэксцизии для эндоскопического лечения пациентов с ворсинчатыми опухолями узловой формы и наличием выраженной хорошо структурированной ножки является радикальным методом лечения, который может рассматриваться как операция выбора традиционному подходу.

2. Для профилактики перфорации стенки толстой кишки при короткой ножке диатермическую петлю необходимо размещать как можно ближе к головке опухоли и лишь после этого ножку пересекать. В случае наличия толстой длинной ножки, в которой проходит крупный сосуд, с целью профилактики интраоперационного или послеоперационного кровотечения показано применение превентивного введения физиологического раствора с 0,18% раствором адреналина в ножку с последующим ее пересечением. При наличии в «пеньке» сосуда большого размера необходимо его дополнительно клипировать.

Литература.

1. Абелевич, А. И. Хирургическая тактика при неопластических полипах и полипозе толстой кишки / А. И. Абелевич // Медицинский альманах. – Н. Новгород, 2011. – № 5.

2. Потехин, А. В. Диагностика и хирургическое лечение ворсинчатых опухолей толстой кишки / А. В. Потехин. – М., 2004.

3. Morson, B. C. Histological typing of intestinal tumours. International Histological Classification of Tumours / B. C. Morson, L. H. Sobin / – Geneva : WHO, 1976. – Vol. 15.