

Первый опыт диссекции в подслизистом слое эпителиальных образований толстой кишки с помощью гибридного ножа

М.А. Назмеев

Медицинский центр ООО «Медсервис», г. Салават, Башкортостан, Россия

По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируют более 500 тысяч случаев колоректального рака. Наибольшая заболеваемость отмечена на американском континенте, странах Европы, России, Китая. Согласно статистическим данным Российского центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии, ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития, заболеваемость раком ободочной кишки у лиц обоего пола в России в 2010 г. составила 23 на 100 000 населения, заболеваемость раком прямой кишки и ректосигмоидного отдела – 18,2 на 100 000 населения со среднегодовым темпом прироста 2,66% и 1,87% соответственно. По данным за 2010 год, смертность от новообразований ободочной кишки в России составила 15,2 на 100 000 населения, прямой кишки и ректосигмоидного отдела – 11,7 на 100 000 населения [1]. Следует отметить, что в течение 2 лет с момента обнаружения заболевания без лечения или после паллиативных операций погибают 85 – 90% больных раком ободочной кишки. Рак толстой кишки занимает второе место в структуре женской онкологической заболеваемости, уступая раку молочной железы, и третье место в структуре мужской заболеваемости после рака простаты и легкого [6]. По прогнозам ВОЗ, в следующие два десятилетия абсолютное число случаев колоректального рака вырастет в 2 раза.

Качество эндоскопических исследований зависит от современного оборудования, подготовки пациента – премедикации и седации, подготовки слизистой оболочки к исследованию, техники выполнения, времени исследования. Применение новых оптических технологий: HDTV изображение, электронный zoom с увеличением изображения в 100 и более раз позволяет выявлять мельчайшие изменения слизистой оболочки.

После приобретения в 2009–2010 гг. клиникой видеоэндоскопов (EXERA II, Olympus, Япония) выявляемость злокачественных новообразований в толстой кишке выросла на 30%.

В нашем учреждении второе место в структуре злокачественных новообразований занимает рак толстой кишки (ободочная и прямая кишка). Рост впервые выявленной онкопатологии в ООО «Медсервис» РБ за 3 года составил 35% (2008 г. – 120 человек, 2011 г. – 164 человека), что связано с возросшими возможностями диагностических методов исследования. Среди пациентов с впервые выявленными новообразованиями 81% (134 наблюдение) составили люди пенсионного возраста. Рост впервые выявленных случаев заболевания раком толстой кишки за 3 года составил более 200%, за 2011 год – более 30%. В 2011 году нами было выполнено 883 колоноскопии. У 25% пациентов (228 случаев) при колоноскопии морфологически верифицированы доброкачественные эпителиальные новообразования толстой кишки, а у 5% осмотренных (43 случая) впервые выявлено злокачественное новообразование.

Макроскопическую оценку образований проводили по Парижской эндоскопической классификации эпителиальных неоплазий (2002). Плоские приподнятые образования размером более 10 мм рассматривались как латерально распространяющиеся опухоли (Laterally Spreading Tumor – LST). Комбинированное применение хромоскопии, увеличительной и узкоспектральной (NBI) эндоскопии позволило увидеть структурные изменения ямочного рисунка (pit pattern) слизистой оболочки пищеварительного тракта с выделением 5 типов (S.Kudo, 1996), что давало возможность выбрать тактику лечения.

Впервые диссекцию в подслизистом слое с помощью гибридного ножа мы выполнили в феврале 2011 г. после отработки методики на трупном материале. В связи с отсутствием опыта и из-за недостатка инструментария диссекцию латерально стелящегося образования в сигмовидной кишке завершили петлевой фрагментарной резекцией. В дальнейшем при выполнении эндоскопической диссекции в подслизистом слое (ESD) стандартными инструментами – ножами «HOOK» и «IT» – придерживались основных этапов (рис.):

- определение границ опухоли – визуальная оценка + NBI + хромоскопия;
- маркировка краев резекции на расстоянии не менее 3 мм;
- подслизистая инъекция – отслоение патологического очага слизистой оболочки и подслизистого слоя от мышечного слоя стенки (создание «гидравлической подушки»);

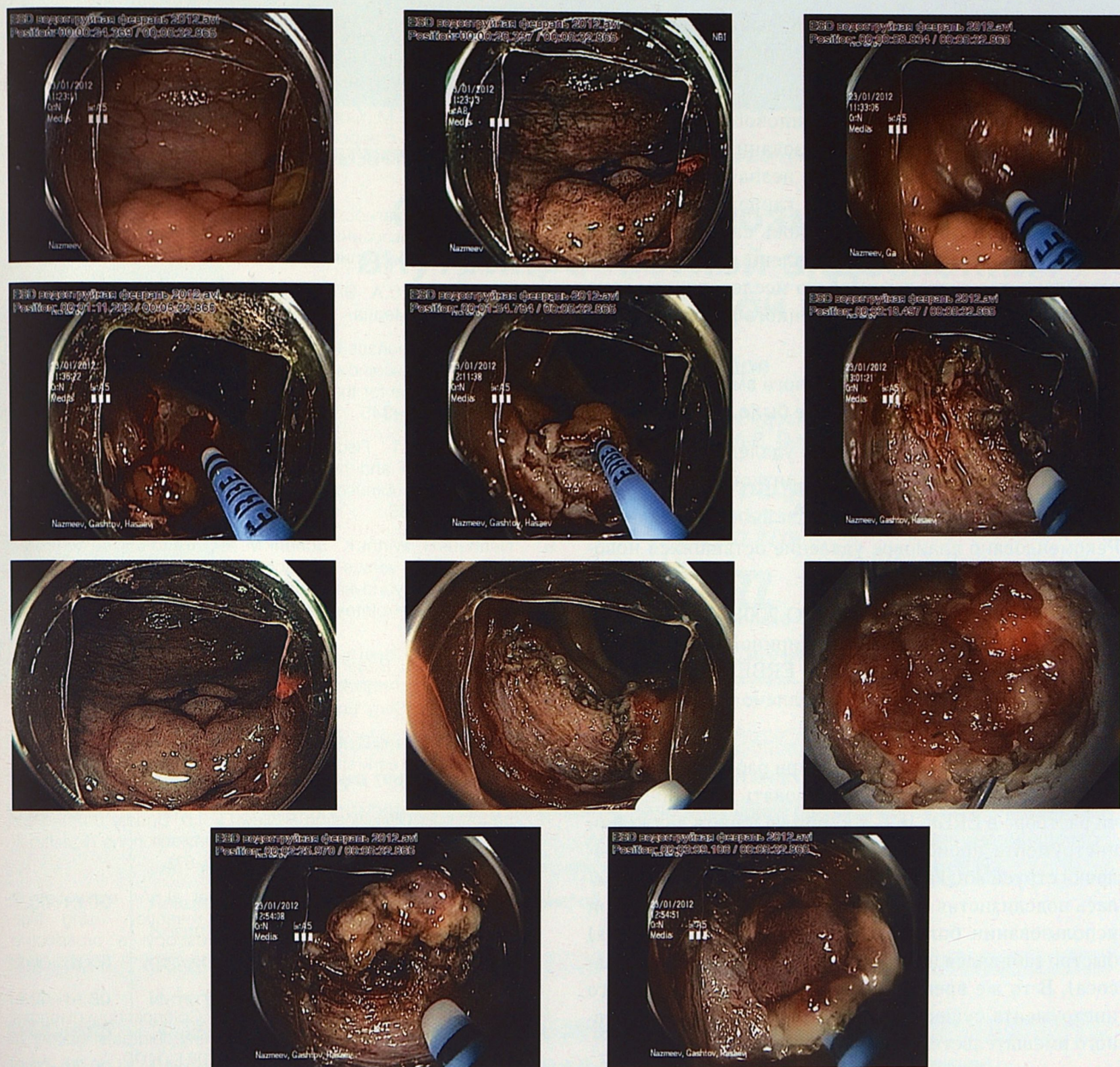


Рис. Эндоскопической диссекции в подслизистом слое

- непосредственно резекция слизистой оболочки, несущей опухоль;
- визуальная оценка раневой поверхности и краев образовавшегося дефекта слизистой оболочки на предмет возможного кровотечения и радикальности резекции;
- извлечение удаленного фрагмента для макро — и микроморфологического исследования;
- визуальная оценка и подготовка резецированного участка слизистой оболочки для гистологического исследования (резецированный участок расправляется и закрепляется булавками на плотном материале слизистой оболочки наверх и помещается в нейтральный формалин).

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациент И., 1936 г.р. поступил в хирургическое отделение. При обследовании выявлены множественные эпителиальные новообразования толстой кишки, одно из которых в проксимальной части восходящего отдела ободочной кишки стелющего характера — до 15–17 мм в диаметре плоско-возвышенного — Па типа. При осмотре в узком спектре света (NBI) и хромокопии ямочный эпителий мозговидной структуры (pit pattern IV тип). Гистологическое исследование биоптата: тубулярная аденома, неоплазия высокой степени.

Лечебная тактика: 3.01.12. Видеоколоноскопия. Эндоскопическое удаление: эндоскопическая диссек-

ция в подслизистом слое эпителиального новообразования восходящего отдела ободочной кишки.

Хромоскопия метиленовым синим 0,5% (из-за отсутствия раствора индигокарминового) проведена для определения границ образования. Соблюдены все этапы диссекции. Отмечено незначительное кровотечение при подаче раствора глицерола в подслизистый слой, которое остановилось самостоятельно. Эпителиальное образование удалено одним блоком, извлечено для гистологического исследования. Зона резекции в виде посткоагуляционного дефекта слизистой до 30 мм, округлой формы.

Осложнений во время оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде не было.

Гистологическое исследование удаленной опухоли: тубулярная аденома, неоплазия низкой степени, удалена в пределах здоровых тканей.

Рекомендовано плановое удаление оставшихся новообразований (вторым этапом).

Использовали аппарат ERBE VIO 200D в смешанном режиме Endo Cut I, эффект 2 с шириной и интервалом 3. Модуль для подачи жидкости ERBEJET 2 с эффектом 25 bar. Вмешательство выполнено с помощью: гибридного ножа ERBE T-type.

Был отмечен ряд особенностей при работе гибридным ножом. Сложно адекватно дозировать давление подачи раствора в ERBE JET, т.к. при неловком движении инструмента происходит рассечение слизистой оболочки струей жидкости высокого давления. Образовалась подслизистая гематома до 6 мм в диаметре. При использовании более вязких растворов (глицерола) быстро забивался насос (за 2,5 ч использовали два насоса). В то же время применение комбинированного инструмента существенно снижает время оперативного вмешательства.

На основании анализа отдаленных результатов работы зарубежных коллег доказана высокая эффективность эндоскопических методов диагностики и лечения раннего рака желудочно-кишечного тракта при использовании современной технологичной аппаратуры и инструментария.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В., Злокачественные новообразования в России в 2010 году (заболеваемость и смертность) // ФГБУ «МНИОИ им П.А.Герцена» Минздравсоцразвития России, 2012.
2. Кашин С.В., Завьялов Д.В., Куваев Р.О., Эндоскопический скрининг полипов и колоректального рака // Клиническая эндоскопия. – 2011. – №1(27). – С.1–8.

3. Федоров Е.Д., Иванова Е.В., Чернякевич П.Л., Первый опыт удаления новообразований толстой кишки методом эндоскопической диссекции подслизистого слоя // Клиническая эндоскопия. – 2009. – №3(20). – С.25–33.
4. Шерстнова Е.М., Современные методы диагностики и лечения больных с ворсинчатыми новообразованиями толстой кишки // Клиническая эндоскопия. – 2011. – №3(29). – С.22–36.
5. Kashida H., Диагностика и лечение раннего колоректального рака с использованием эндоскопии с увеличением // Клиническая эндоскопия. – 2008. – №3(16). – С.54–56.
6. Блашнцев С.А., Эндоскопия желудочно-кишечного тракта // «ГЭОТАР-Медиа» – 2009. – С.326–362.
7. Yahagi N., Neuhaus H., Schumacher B. et al. Comparison of standart endoscopic submucosal dissection versus an optimized ESD technique for the colon: an animal study // Endoscopy. – 2009; 41:340–345.
8. Lingenfelder T., Fischer K. et al. Combination of water-jet dissection and needle-knife as a hybrid knife simplifies endoscopic submucosal dissection // Surg. Endosc. – 2009; 23: 1531–1535.
9. Neuhaus H., Wirths K., Schenk M. et al. Randomized controlled study of EMR versus endoscopic submucosal dissection with a water-jet hybrid-knife of esophageal lesions in a porcine model // Gastrointestinal Endosc. – 2009. – Vol. 70, №1 – P. 112–120.
10. Bergmann U., Beger H.G. Endoscopic mucosal resection for advanced non-polypoid colorectal adenoma and early stage carcinoma // Surg. Endosc. – 2003. – Vol. 17. – P. 475–479.
11. Bories E., Pesenti C., Monges G. et al. EMR for advanced sessile adenoma and early stage colorectal carcinoma // Endoscopy. – 2006. – Vol. 38. – P. 231–235.
12. Endoscopic Classification Review Group. Update on the Paris classification of superficial neoplastic lesions in the digestive // Endoscopy. – 2005. – Vol. 37. – P. 570–578.
13. Hurlstone D., Cross S., Drew K. et al. An evaluation of colorectal endoscopic mucosal resection using high magnification chromoscopic colonoscopy: a prospective study of 1000 colonoscopies // Endoscopy. – 2004. – Vol. 36. – P. 491–498.
14. Kudo S., Kashida H., Tamura T. et al. Colonoscopic diagnosis and management of non-polypoid early colorectal cancer // World J. Surg. – 2000. – Vol. 24. – P. 1081–1090.
15. Kim B., Chang H. et al. Clinicopathological differences of laterally spreading tumors of the colorectum according to dross appearance // Endoscopy. – 2011. – Vol. 43. – P. 100–107.
16. Ming-Yao Su, Chen-Ming Hsu, Yu-Pin Ho et al. Endoscopic mucosal resection for colonic non-polypoid neoplasms // Am. J. Gastroenterol. – 2005. – Vol. 100. – P. 2174–2179.

КОНТАКТЫ

Назмеев Марат Альбертович – зам. главного врача по диагностике, хирург, эндоскопист.
 Медицинский центр ООО «Медсервис».
 453264 г. Салават, Башкортостан,
 Тел: 89178870377; E-mail: 77nma@mail.ru

Уважаемые друзья, приглашаем вас в учебный центр KARL STORZ на семинар

Современные возможности внутрипросветной эндоскопии в хирургической клинике

11 декабря

При поддержке Российской школы Эндоскопии & Эндохирургии
Института хирургии им. А.В. Вишневского

Необходима регистрация на курс

На портале www.endotraining.ru

Тел. +7 495 987 3719

STORZ
KARL STORZ — ENDOSCOPE

Учебный центр KARL STORZ • 115114, Россия, Москва • Дербеневская наб. д. 7 стр. 4 • +7 495 987 3719

09.30–10.00	Регистрация участников
10.00–11.00	Лекция. Современные тенденции развития внутрипросветной эндоскопии. Проф. Старков Ю.Г.
11.00–12.00	Лекция. Возможности эндоскопии в выявлении ранних изменений слизистой желудочно-кишечного тракта (эндоскопия высокого разрешения, узкоспектральная, аутофлюоресценция, эндомикроскопия, эндосонография, капсульная эндоскопия и энтероскопия). К.м.н. Солодина Е.Н.
12.00–13.00	Лекция. Эндоскопическая резекция слизистой и диссекция в подслизистом слое: Когда? Зачем? Как? Д.м.н. Шишин К.В.
13.00–14.00	Обед
14.00–14.30	Интегрированная операционная OR1™
14.30–15.00	Знакомство с новым оборудованием для гастроэнтерологии. Спицына И.
15.00–16.00	Лекция. Новые тенденции в интервенционной эндоскопии (РОЕМ, тоннельные резекции, эзофикс и другие пликаторы пищеводно-желудочного перехода, внутреннее дренирование кист ПЖ и желчных протоков). Д.м.н. Шишин К.В.
16.00–16.30	Видеодемонстрации. К.м.н. Солодина Е.Н.
16.30–17.30	Hands-on тренинг. Проф. Старков Ю.Г., К.м.н. Солодина Е.Н., Д.м.н. Шишин К.В.