

стенке, избежать повреждения двенадцатиперстной кишки и предупредить возникновение панкреатита. Стентирование, несмотря на техническую простоту выполнения, доступно не всем больным, поскольку это дорогостоящий и вместе с тем требующий постоянного наблюдения за больными из-за возможных окклюзивных осложнений метод лечения.

Литература

1. Балалыкин А.С., Гвоздик В.В., Шпак Е.Г. и др. Эндоскопическая папилэктомиа при заболеваниях большого сосочка двенадцатиперстной кишки // XII Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: тез. докл. М., 2008. С. 46–47.
2. Беджанян А.Л., Ратников Н.П., Шатверян Н.П., Скипенко О.Г. Ближайшие и отдаленные результаты лечения рака фатерова соска // Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т. 10, № 2. С. 139.
3. Должиков А.А., Едемский А.Д., Седов А.П., Луценко В.Д. Клиническая и сравнительная морфология большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Белгород, 2002. 120 с.
4. Малярчук В.И., Климов А.Е., Пауткин Ю.Ф. Билиопанкреатодуоденальный рак. М.: Изд-во РУДН, 2006. 444 с.
5. Малярчук В.И., Пауткин Ю.Ф., Плавунов Н.Ф. Заболевания большого дуоденального сосочка. М.: Камерон, 2004. 168 с.
6. Мумладзе Г.Б., Чеченин Г.М., Розиков Ю.Ш. и др. Миниинвазивные методы хирургического лечения больных с заболеваниями печени, желчных путей и поджелудочной железы // Хирургия. 2004. № 5. С. 65–67.
7. Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Абгарян М.Г. Современное хирургическое и комбинированное лечение больных экзокринным раком головки поджелудочной железы и орга-

нов периапулярной зоны // Практическая онкология. 2004. Т. 5, № 2. С. 94–107.

8. Скипенко О.Г., Шатверян Г.А., Ратникова Н.П. и др. Опыт клиники в хирургическом лечении рака большого сосочка двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 2004. № 8. С. 27–31.
9. Menzel J., Poremba C., Dietl K.-H. et al. Tumors of the papilla of Vater – inadequate diagnostic impact of endoscopic forceps biopsies taken prior to and following sphincterotomy // Annals of Oncology. 1999. Vol. 10, No. 10. P. 1227–1231.

Поступила в редакцию 25.09.2008.

THERAPEUTIC APPROACH AND TREATMENT PRINCIPLES FOR MAJOR DUODENAL PAPILLA TUMORS

A.A. Karpachev¹, A.P. Sedov¹, I.P. Parfenov¹, A.L. Yarosh¹, O.M. Zhdanovskiy¹, S.P. Frantsev², V.D. Polyanskiy²

¹Belgorod Regional State University (85 Pobedy Belgorod 308015 Russia), ²Belgorod Regional Clinical Hospital named after Prelate Iosaf (8/9 Nekrasov St. Belgorod 308000 Russia)

Summary – Authors' experience in treating 142 patients aged 32 to 94 suffered from cancer of the major duodenal papilla allows to substantiate indications and contraindications for various types of surgeries. The authors consider the gastropancreatoduodenal resection to be feasible in small number of observations; it often appears to be impossible in respect of elderly patients due to associated serious pathology. The preference should be given to endoscopic methods of treatment that allow to arrest obstructive jaundice. These methods can be both separate palliative and staged surgical procedures to be performed prior to radical surgery.

Key words: cancer of the major duodenal papilla, endoscopic surgery.

Pacific Medical Journal, 2009, No. 2, p. 60–63.

УДК 616.345-006-089.87-072.1

М.Ю. Агапов¹, А.С. Барсуков², С.В. Глушак², Е.Ф. Рыжков³, Н.А. Таран³

¹Владивостокский государственный медицинский университет (690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 2), ²Приморская краевая клиническая больница № 1 (690950 г. Владивосток, ул. Алеутская, 57); ³Отделенческая больница ОАО РЖД на ст. Владивосток (690003 г. Владивосток, ул. Верхнепортовая, 25),

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ КРУПНЫХ НЕПОЛИПОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ключевые слова: толстая кишка, аденома, резекция слизистой оболочки, электроэксцизия.

Сравнивалась эффективность эндоскопической резекции слизистой оболочки и петлевой электроэксцизии при удалении крупных неполипвидных и полиповидных образований толстой кишки. Оценены результаты 19 эндоскопических резекций и 19 петлевых электроэксцизий. Чаще всего образования локализовались в левой половине толстой кишки, представляли собой железистую или ворсинчатую аденому и соответствовали поверхностно распространяющимся опухолям (16 случаев) и опухолям на широком основании (22 случая). Размер образований был от 20 до 54 мм (30±10 мм). Неполное удаление, осложнения и рецидивы наблюдались и при резекции, и при электроэксцизии. Размер образования более 22 мм оказался фактором, предсказывающим низкую вероятность удаления единым блоком. Сделан вывод, что эндоскопическая резекция более эффективна по сравнению с петлевой электроэксцизией при крупных неполипвидных и полиповидных образованиях толстой кишки.

Агапов Михаил Юрьевич – канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургии ФПК и ППС Владивостокского государственного медицинского университета; тел.: 8 (4232) 24-82-63.

Рак толстой кишки относится к числу наиболее часто встречающихся опухолей желудочно-кишечного тракта. Непосредственным его предшественником является аденоматозный полип, выявление которого является прескринингом злокачественного заболевания, а удаление – средством предупреждения развития рака. При размере полипа менее 5 мм он редко является злокачественной опухолью, в полипе размером от 5–10 мм вероятность злокачественных изменений составляет около 1%, при величине 10–20 мм – 10%, более 20 мм – 46% [1]. Эндоскопическое удаление крупных неполипвидных и полиповидных на широком основании образований (аденом и раннего рака) является альтернативой хирургическому лечению данной патологии толстой кишки.

Цель исследования: сравнить эффективность и безопасность эндоскопической резекции и петлевой

Таблица 1
Характеристика удаленных образований

Показатель		Петлевое удаление	Резекция
Число пациентов		19	18
Кол-во образований		19	19
Пол	муж.	9	7
	жен.	10	11
Тип образования	поверхностно распротр.	4	12
	на широком основании	15	7
Локализация (кишка)	прямая	10	7
	сигмовидная	5	4
	нисходящая ободочная	1	—
	поперечно-ободочная	3	1
	восходящая ободочная	—	3
Размер, мм	слепая	—	4
	20–30	9	13
	31–40	3	2
Морфология	>40	7	4
	железистая аденома	7	10
	ворсинчатая аденома	7	5
	неинвазивная карцинома	3	3
	инвазивная карцинома	2	1

электроэксцизии при удалении крупных неполипозидных и полиповидных на широком основании образований толстой кишки.

Материал и методы. У 37 человек (21 женщины и 16 мужчин) в возрасте от 26 до 81 года было удалено 38 образований толстой кишки. В 19 случаях использовалась техника резекции слизистой оболочки, в 19 – петлевой электроэксцизии. В исследование включены пациенты с образованиями размером 20 мм и более, соответствующими типам 0-Is и LST по Парижской классификации эпителиальных неоплазий.

Для выполнения колоноскопии применялись видеоэндоскопы EC-450 (Fujinon) и CF-230 (Olympus). Подготовка больных проводилась препаратом «Фортранс» (Ipsen) или клизмами по стандартной схеме. Резекция слизистой оболочки выполнялась с использованием техники подслизистого введения жидкости (раствор адреналина 1:10 000 или раствор метилцеллюлозы) инъектором NM-200U (Olympus) с последующим захватом и удалением петель SD-16 или SD-17 (Olympus) и с применением смешанного тока с преобладанием коагуляции. При петлевом удалении применялось чередование коагулирующего и режущего тока и те же типы петель. Оценивались морфологическая характеристика опухолей,

техника и полнота их удаления, осложнения и непосредственные результаты вмешательств. Осложнениями считались перфорация или кровотечение, потребовавшие дополнительного хирургического или эндоскопического вмешательства. Под удалением в пределах здоровых тканей понималось отсутствие опухолевой ткани по границе или в дне раны. Рецидивом образования считалось обнаружение опухолевой ткани на рубце или на его границах.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью двухстороннего точного теста Фишера (при $p < 0,05$ различие считалось статистически значимым).

Результаты исследования. Чаще всего эти образования локализовались в прямой (44,7%), сигмовидной (23,7%), поперечно-ободочной (10,5%) и слепой (10,5%) кишках. Размер опухолей был от 20 до 54 мм (в среднем – 30 ± 10 мм). Образования соответствовали поверхностно распространяющимся опухолям (LST) в 16 и опухолям на широком основании (0-Is) – в 22 наблюдениях. Морфологически удаленные новообразования в 44,7% случаев представляли собой железистую аденому, в 31,6% случаев – ворсинчатую опухоль. Аденокарцинома диагностирована у 23,7% пациентов (табл. 1).

Петлевое удаление опухолей в пределах видимо здоровых тканей было выполнено у 13 пациентов. В 6 случаях удаление было неполным по техническим причинам или из-за опасности перфорации стенки кишки, по мнению выполнявшего вмешательство врача. В 4 случаях в дальнейшем была выполнена стандартная хирургическая резекция участка кишки с новообразованием. В 1 наблюдении возникший после неполного удаления методом электроэксцизии рецидив опухоли был устранен путем резекции слизистой оболочки. Еще у 1 пациента произошло самостоятельное отторжение оставшегося мелкого фрагмента опухоли (3 мм) с чистым рубцом при контрольном исследовании. Перфораций не наблюдалось, 3 случая кровотечения были купированы эндоскопически.

В группе резекции удалить опухоль в пределах здоровых тканей удалось у 18 больных. В одном наблюдении отсутствие приподнимания части опухоли при подслизистом введении жидкости заставило отказаться от попытки ее полного удаления из-за подозрения на инвазивный характер образования, что было подтверждено при последующей операции. Рецидив при визуально полностью удаленном образовании возник в 1 случае и был устранен при повторном эндоскопическом вмешательстве. Из осложнений был отмечен 1 случай кровотечения, купированный консервативно.

В большинстве случаев (24 наблюдения) использовалась техника удаления несколькими фрагментами. Из 26 образований размером более 22 мм единым блоком удалено 4 (3 путем резекции и одно при

Таблица 2

Результаты эндоскопического лечения

Показатель		Петлевое удаление	Резекция
Удаление	фрагментами	13	11
	единым блоком	6	8
Неполное удаление или рецидив (хирургическое лечение)		6 (4)	2 (1)
Кровотечение		3	1
Перфорация		0	0

помощи петлевой электроэксцизии). Из 12 образований размером менее 12 мм единым блоком удалено 10 (табл. 2).

Обсуждение полученных данных. Петлевая электроэксцизия долгое время оставалась основным малоинвазивным методом удаления крупных новообразований толстой кишки. Альтернативным способом лечения здесь стала разработанная Karita et al. [3] методика эндоскопической резекции слизистой оболочки. Сравнение этих двух технических подходов продемонстрировало тенденцию к большему числу успешных вмешательств (68,4 и 94,7%) и более низкому числу осложнений (15,7 и 5,2%) при использовании эндоскопической резекции. В то же время разница не достигала статистически достоверных значений, что связано с небольшим размером сравниваемых контингентов больных. Частота рецидивов в обеих группах была сходной (5,2%). По данным литературы, полностью удалить изучаемые типы образований с использованием техники эндоскопической резекции слизистой оболочки удается в 38–92% наблюдений, частота рецидивов составляет 3,1–10,4% [2, 5, 6].

Общим недостатком обеих методик – электроэксцизии слизистой оболочки и эндоскопической резекции – является сложность удаления единым блоком даже образований размером до 25 мм и практически неизбежность использования техники фрагментирования при их размере 26 мм и более. Размер образования более 22 мм, по полученным данным, является фактором, предсказывающим низкую вероятность его удаления единым блоком ($p < 0,05$) вне зависимости от используемой техники. По данным наиболее крупных исследований, посвященных этой проблеме, образования размером от 21 мм до 30 мм удалялись единым блоком только в 71–85,7% наблюдений, образования размером более 30 мм резецировались только частями [2, 4]. Удаление новообразования несколькими фрагментами затрудняет гистологическое исследование препарата, что особенно важно при эндоскопическом лечении раннего рака толстой кишки.

Выводы

1. Эндоскопическая резекция слизистой оболочки является эффективным и безопасным методом удаления крупных неполипозидных и полипозидных на широком основании образований толстой кишки.

2. Применение эндоскопической резекции слизистой оболочки связано с большим процентом успеха и меньшим риском осложнений по сравнению с петлевой электроэксцизией при удалении крупных неполипозидных и полипозидных на широком основании образований толстой кишки.

3. Размер новообразования более 22 мм обуславливает необходимость удаления его несколькими фрагментами.

Литература

1. Фром Г., Альберт М.Б. Раннее выявление колоректального рака // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 1998. № 4. С. 79–82.
2. 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.
3. Karita M., Tada M., Okita K. The successive strip biopsy partial resection technique for large early gastric and colon cancers // *Gastrointest. Endosc.* 1992. Vol. 38. P. 174–178.
4. Muto T., Kamiya J., Sawada T. et al. Small 'flat' adenoma of the large bowel with special reference to its clinicopathological feature // *Dis. Colon Rectum*. 1985. Vol. 28. P. 857–861.
5. Tamura S., NaKajo K., Yokoyama Y. et al. Evaluation of EMR for laterally spreading rectal tumors // *Endoscopy*. 2004. Vol. 36. P. 306–312.
6. Yokata T., Sugihara K., Yoshida S. Endoscopic mucosal resection for colorectal neoplastic lesions // *Dis. Colon Rectum*. 1994. Vol. 37. P. 1108–1111.

Поступила в редакцию 04.05.2008.

ENDOSCOPIC REMOVAL OF LARGE NON-POLYPOUS GROWTH IN LARGE BOWEL

M. Yu. Agapov¹, A.S. Barsukov², S.V. Glushak², E.F. Ryzhkov³, N.A. Taran³

¹ Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950 Russia), ² Primorsky Regional Clinical Hospital No.1 (57 Aleutskaya St. Vladivostok 690950 Russia), ³ Departmental Hospital of Vladivostok Station of JSC RZHD (25 Verkhne-Portovaya St. Vladivostok 690003 Russia),

Summary – The authors compare efficiency of endoscopic mucous membrane resection method and loop electrosurgical excision procedure used to remove large non-polypous and polypous growth in large bowel, and estimate results of 19 endoscopic resections and 19 loop electrosurgical excision procedures. These growths most often localized on the left half of large bowel were in the form of glandular or villous adenoma, and corresponded to surface tumors (16 cases) and wide base tumors (22 cases). The tumors were from 20 to 54 mm (30±10 mm) in size. Incomplete removal, complications and relapses were observed during both resection method and electrosurgical excision procedure. The tumor of over 22 mm in size was a factor indicating low possibility of removing en bloc. Therefore, the endoscopic mucous membrane resection method was more efficient compared to the loop electrosurgical excision in case of large non-polypous and polypous tumors of large bowel.

Key words: large bowel, adenoma, mucous membrane resection method, loop electrosurgical excision procedure.