

ГУ Российский
онкологический научный
центр им. Н.Н. Блохина
РАМН

*Чрезвычайно важным
качеством
эндоскопического метода
является возможность
забора материала для
морфологического
исследования, что
существенно влияет на
выбор тактики лечения
онкологических заболеваний
и без чего невозможно
назначение специального
лечения.*

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОГО И ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЕВ ЖЕЛУДКА КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ И ЛЕЧЕБНЫЙ МЕТОД В ОНКОЛОГИИ

О.А. Малихова, Ю.П. Кувшинов, И.С. Стилиди, М.Д. Будурова

Ведущая роль в диагностике патологических изменений в желудке принадлежит эндоскопическому методу, который позволяет произвести не только их визуальную оценку, но и получить материал для морфологического и иммунологического исследований.

Чрезвычайно важным качеством эндоскопического метода является возможность забора материала для морфологического исследования, что существенно влияет на выбор тактики лечения онкологических заболеваний и без чего невозможно назначение специального лечения. Сегодня не вызывает сомнения тот факт, что при наличии какого-либо нарушения структуры слизистой оболочки желудка, будь то эрозия, язва, полиповидное образование, инфильтрация стенки желудка при имеющихся трудностях визуальной дифференциации эндоскопической картины необходимо производить забор материала для последующего морфологического исследования.

Гастробиопсия приобретает еще большее значение при ранних и эндофитных формах рака, а также при инфильтративной форме лимфомы желудка, когда возникают наибольшие диагностические трудности при эндоскопическом исследовании. Когда имеется опухолевая инфильтрация, располагающаяся в подслизистом слое, а слизистый слой.

О трудностях постановки диагноза инфильтративных форм опухолевого поражения желудка свидетельствует тот факт, что морфологическая верификация поставленного визуально диагноза колеблется, по данным различных авторов, от 20 до 84%. Так, в исследовании, посвященном комплексному обследованию больных эндофитной формой рака, было показано, что гистологическим методом диагноз был подтвержден в 81% случаев.

Основное значение для подтверждения диагноза имеет и правильно выбранный участок для взятия биопсии. Этому как раз и способствуют современные эндоскопические методики - прижизненная окраска слизистой оболочки, увеличительная эндоскопия, осмотр слизистой в узком спектре света.

В последние годы прогресс в диагностике предраковых изменений слизистой оболочки, ранних форм рака желудка, а также верификации диагноза при инфильтративных формах рака и лимфосарком желудка связан с внедрением в практику методов эндоскопической резекции слизистого и подслизистого слоев. Это позволяет получать большой массив для морфологического исследования, которое так же используется как лечебный метод при данной патологии. Информативность метода эндоскопической резекции слизистой составляет 94%-100% [1-7]. В последнее время все более и более расширяются показания для применения этой методики.

В первую очередь эндоскопическому удалению подлежат те повреждения слизистой, при которых риск лимфатического метастазирования незначителен. Риск появления метастазов в регионарные лимфатические узлы возрастает по мере прогрессирования инвазии в подслизистый слой. По данным мировой литературы, риск лимфатического метастазирования при инвазии только слизистого слоя составляет 0-5%, а при инвазии в подслизистый слой риск появления метастазов в регионарные лимфатические узлы резко увеличивается и составляет от 9 до 20%, по данным разных авторов [8, 9].

Абсолютными показаниями для использования эндоскопической резекции слизистой оболочки являются:

1. отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах.
2. I и IIa типы раннего рака желудка, при которых инвазия ограничена слизистым слоем и размер повреждения составляет менее 20 мм в диаметре.
3. Пс тип раннего рака желудка без изъязвления или рубца при размере поражения, не превышающим 10 мм в диаметре.
4. кишечный тип аденокарциномы.

В последние годы отмечается прогресс в развитии различных эндоскопических методик резекции слизистой оболочки слизистой желудочно-кишечного тракта. К ним относятся: методика петлевой биопсии, аспирационные методики резекции слизистой при помощи колпачка, эндоскопические методики при помощи двухканального эндоскопа, метод четырехточечной фиксации,

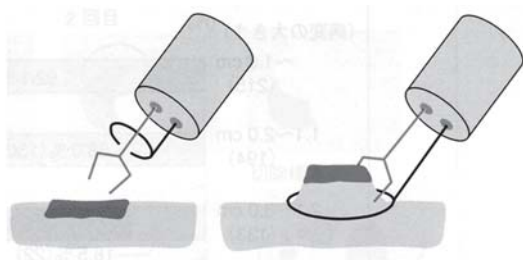


Рис.1. Методика ЭРС при помощи двухканального эндоскопа

при помощи эндоскопического электроножа, метод чрескожной трансгастральной резекции слизистой, новый метод эндоскопической резекции слизистой, использующий новый трехканальный эндоскоп с множественными щипцами с целью как можно более полного удаления повреждения единым блоком, описанный Мукай в 2001 году, методика эндоскопической резекции слизистой с использованием лигатур [1, 7, 9-14].

А в последние два года используется метод резекции слизистой с диссекцией подслизистого слоя, который позволяет удалять единым блоком патологические образования больших размеров.

По данным японских авторов (М. Miyata, Y. Yokoyama 2000), показатели радикального удаления раннего рака желудка при использовании метода эндоскопической резекции слизистой оболочки зависят от:

1. локализации опухоли
2. макроскопического типа
3. размера поражения
4. гистологической структуры опухоли
5. удалялся ли весь патологический участок единым блоком

Есть еще один очень важный показатель, от которого зависит эффективность метода эндоскопической резекции слизистой, это факт использования методики удаления патологического образования единым блоком или по частям. Если при эндоскопической резекции опухоль удалялась единым блоком, то показатели радикальной резекции составляли от 90 до 97%, если удаление проводилось фрагментарно, то, конечно, показатели радикаль-

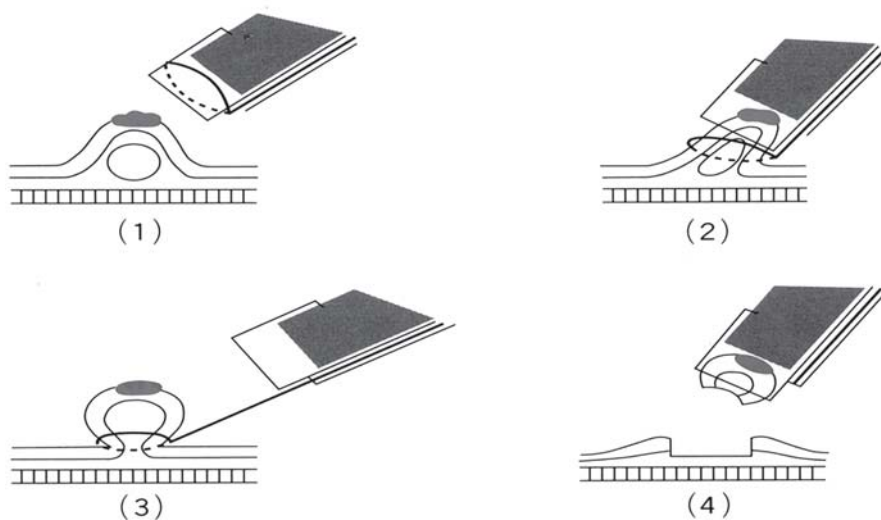


Рис.2. Аспирационная методика ЭРС

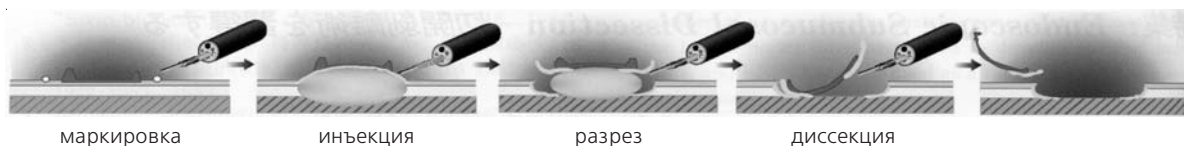


Рис.3. ЭРС с диссекцией подслизистого слоя

ности значительно снижались и соответствовали при удалении двумя фрагментами -70%, тремя- 30%, а если резекция выполнялась четырьмя и более кусочками, то радикальная резекция была только в 23% случаях.

Показатели 5-летней выживаемости при использовании метода эндоскопической резекции слизистой при раннем раке желудка, по данным европейских и японских ученых, составляет 95-100% при том, что качество жизни во много раз выше, чем после радикального хирургического лечения.

Виды осложнений при эндоскопической резекции слизистой и подслизистого слоев желудка: кровотечение и перфорация.

Риск возникновения кровотечения увеличивается, когда удаляется патологическое образование больших размеров, расположенное в своде желудка. Кровотечение, как правило, проявляется в первые 12 часов после манипуляции, иногда в первые 24 часа, но это бывает очень редко. В большинстве случаев кровотечение останавливается эндоскопически, путем введения раствора адреналина в малых концентрациях или применением аргон-плазменной коагуляции или наложением эндоскопических металлических клипс на источник кровотечения.

Также очень важно знать глубину инвазии опухоли и вовлеченность в патологический процесс регионарных лимфатических узлов до применения метода эндоскопи-

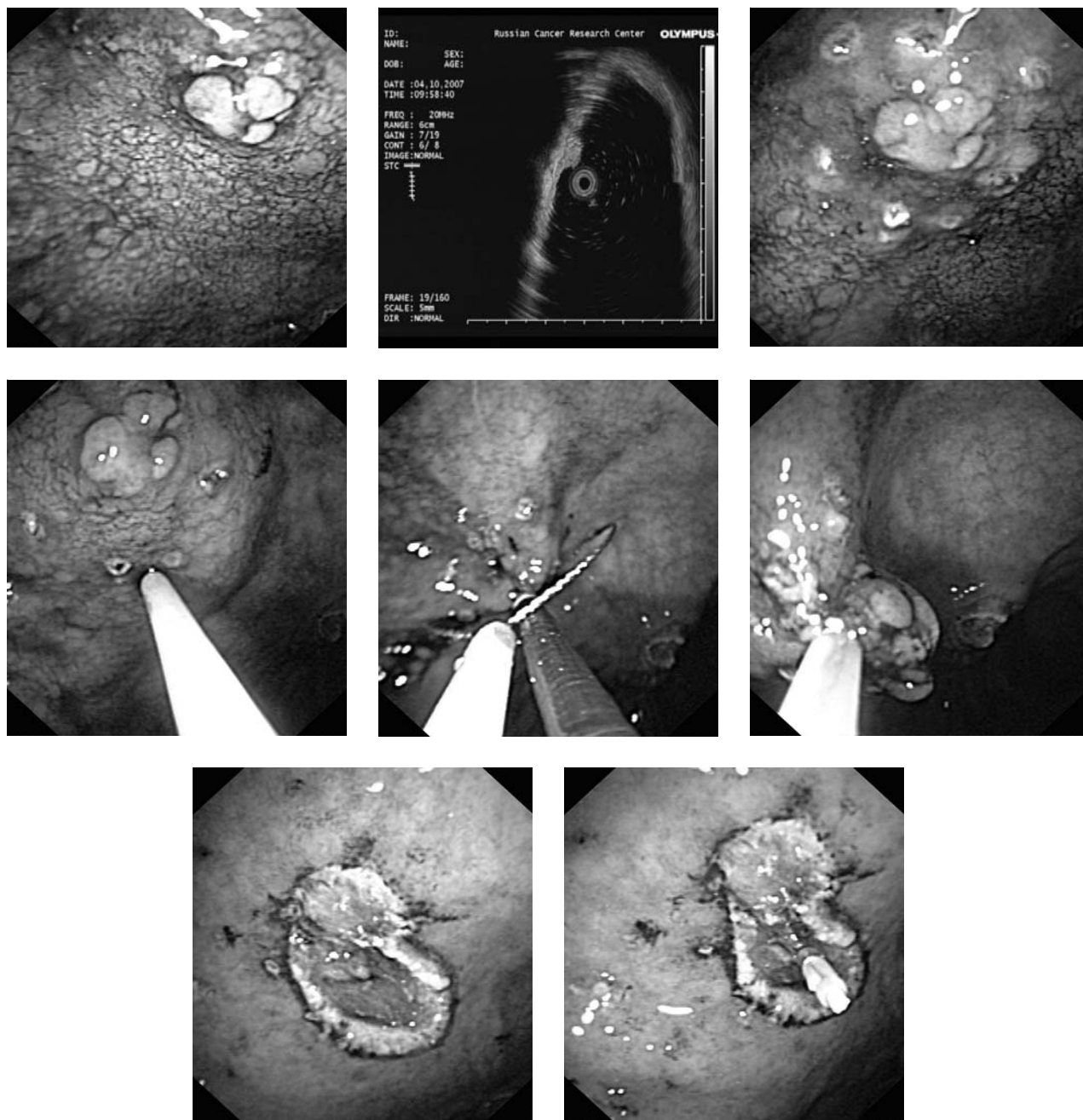


Рис. 4. Этапы ЭРС при помощи двухканального эндоскопа

ческой резекции слизистой, так как от этого зависит дальнейшая тактика лечения. Для решения этой задачи лучше всего подходят лапороскопическое ультразвуковое исследование органов брюшной полости и эндоскопические ультразвуковые методики.

При использовании EUS точный уровень определения глубины инвазии составил при раннем раке желудка 83,3% при I типе, а при применении 15-МГц зонда 91%, и еще более показательно, что при использовании 20-МГц зонда эффективность метода составила 95%. При использовании EUS - при IIa типе 86%, при IIa+IIc 79%, при IIc - 76,6%, IIc+ III - 72,3% [19].

В основу работы положен анализ данных личного эндоскопического исследования 141 пациента, в период с 2004 по 2007 год, в возрасте от 40 до 90 лет, которым проводились указанные эндоскопические исследования с применением инновационных методов диагностики и лечения злокачественных опухолей желудка: хромогастроскопия, увеличительная эндоскопия, узкоспектральная эндоскопия, эндосонографическое исследование, мето-



Рис.5. Ранний рак желудка с инвазией слизистого слоя

ды эндоскопической резекции слизистой оболочки, а также проведен комплекс реканализации и стентирования у 57 больных со стенозирующими опухолями пищевода и желудка.

Список литературы

1. Akiyama M, Ota M, Nakajima H. et al. Endoscopic mucosal resection of gastric neoplasms using a ligating device // *Gastrointest Endoscopy*. – 1997. – Vol.45. – P.182-186
2. Cheon Y.K, Ryu Ch.B. et al. A clinical study on protruding lesions that at the scar of endoscopic mucosal resection for early Gastric carcinoma and gastric flat adenoma // *Endoscopy*. – 2000. – Vol.32, suppl.1, E42, abstract. – P.260E.
3. Giovannini, Bernandini D., Moutardier V. et al. Endoscopic Mucosal resection (EMR): Result and Prognostic Factors in 21 Patient // *Endoscopy*. – 1999. – Vol.31, 9. – P.698-701.
4. Kapadia C.R. Gastric atrophy, metaplasia, and dysplasia: a clinical perspective // *Clin Gastroenterol*. – 2003, May-Jun. – Vol.36(5). – S29-36.
5. Kazanori Ida, Saburo N, Yoshiki H. et al. Prospective study on endoscopic treatment for early gastric cancer in Japan: an interim report // *Digestive Endoscopy*. – 2000. – Vol.12. – P.19-24.
6. Kazanori Ida, Saburo N, Yoshiki H. et al. Prospective study on endoscopic treatment for early gastric cancer in Japan: an interim report // *Digestive Endoscopy*. – 2000. – Vol.12. – P.19-24.
7. Obkuwa M, Hosokawa K, Boku N, et al. New endoscopic treatment for intramucosal gastric tumor using an insulated-tip diathermic knife // *Endoscopy*. – 2001. – Vol.32. – P.221-226.
8. Okamura T, Tsujitani S, Korenaga D. et al. Lymphadenectomy for cure in patient with early gastric cancer and lymph node metastasis. // *Am. J. Surg*. – 1998. – Vol.155. – P.476-480.
9. Kunisaki C, Shimada H, Nomura M, Akiyama H. Appropriate lymph node dissection for early gastric cancer on lymph node metastases // *Surgery*. – 2001. – Vol.129, 2. – P.153-157.
10. Inoue H, Kawano T, Tani M, Takeshita K, Iwai T. Endoscopic mucosal resection using a cap: techniques for use and preventing perforation // *Can. J. Gastroenterol*. – 1999, Jul-Aug. – Vol.13(6)P.477-480.
11. Inoue H. Treatment of Esophageal and Gastric Tumors // *Endoscopy*. – 2001. – Vol.33, 2. – P.119-125.
12. Obkuwa M, Hosokawa K, Boku N. et al. New endoscopic treatment for intramucosal gastric tumor using an insulated-tip diathermic knife // *Endoscopy*. – 2001. – Vol.32. – P.221-226.
13. Oshitani N, Hamasaki N, Sawa Y, Hara J, Nakamura S, Matsumoto T, Kitano A, Arakawa T. Endoscopic resection of small rectal carcinoid tumours using an aspiration method with a transparent overcap // *J. Int. Med. Res*. – 2000 Sep-Oct. – Vol.28(5). – P.241-246.
14. Tanaka M, Inatsuchi S. A four-point fixation method for the resection of the early gastric cancer, with particular reference to the analysis of cases of incomplete resection // *Surg Endoscopy*. – 1997. – Vol.11. – P.295-298.
15. Ono H, Kondo H, Shirao K. Endoscopic mucosal resection for treatment of early gastric cancer // *Gut*. – 2001. – Vol.48. – P.225-229.
16. Pertl A, Jagoditsch M, Gerhard R. Long-term result of early gastric cancer accomplished in a European institution by Japanese-type radical resection // *Gastric cancer*. – 1999. – Vol.2. – P.115-121.
17. Rembacken BJ, Gotoda T, Fujii T, Axon TR. Endoscopic Mucosal Resection, Review // *Endoscopy*. – 2001. – Vol.33, 8. – P.709-718.
18. Repse A, Juvan R, Omejc M. Applicability of Endoscopic treatment in E G C Patients – analysis of our 10-years series // *Gastro update*. – 1997-2000, abstract FoNo2261.
19. The handbook of the Endoscopic Ultrasonography in digestive tract // Olympus. – 2001. – P.46-68.