ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ КРУПНОЙ ЛЕЙОМИОМЫ ПИЩЕВОДА МЕТОДОМ ДИССЕКЦИИ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ЗАКРЫТИЕМ ДЕФЕКТА ЛОСКУТОМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

А. А. Аванесян*, А. Э. Аккалаева, Б. И. Мирошников, В. М. Моисеенко

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)», Санкт-Петербург, Россия

Поступила в редакцию 14.11.18 г.; принята к печати 27.02.19 г.

Учитывая результаты нашего клинического наблюдения, мы можем утверждать, что техника эндоскопической резекции крупного субэпителиального образования методом диссекции в подслизистом слое с последующим закрытием дефекта лоскутом слизистой оболочки применима в клинической практике. Методика является относительно безопасной, позволяет полноценно, качественно выполнить морфологическое исследование операционного материала и, в сравнении с более инвазивными хирургическими вмешательствами, способствует уменьшению числа послеоперационных осложнений, снижению периода социального восстановления и сохранению высокого качества жизни после проведенного лечения.

Ключевые слова: пищевод, крупная лейомиома, эзофагоскопия, удаление, пластика, лоскут слизистой оболочки

Для цитирования: Аванесян А. А., Аккалаева А. Э., Мирошников Б. И., Моисеенко В. М. Эндоскопическое удаление крупной лейомиомы пищевода методом диссекции в подслизистом слое с последующим закрытием дефекта лоскутом слизистой оболочки. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2019;178(2):59–61. DOI: 10.24884/0042-4625-2019-178-2-59-61.

* **Автор для связи:** Альбина Арташевна Аванесян, ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)», 197758, Россия, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68А. E-mail: albina-md@mail.ru.

Endoscopic submucosal dissection of large leiomyoma of the esophagus with subsequent closure of the defect with a mucosal flap

Albina A. Avanesyan*, Alina E. Akkalaeva, Boris I. Miroshnikov, Vladimir M. Moiseenko

St. Petersburg clinical scientific and practical center for specialized types of medical care (oncological), Russia, St. Petersburg

Received 14.11.18; accepted 27.02.19

Taking into consideration the results of our clinical observation, we can argue that the technique of endoscopic submucosal dissection of large leiomyoma of the esophagus with subsequent closure of the defect with a mucosal flap is applicable in clinical practice. This method is relatively safe, allows to achieve complete, quality results of morphological study, helps to reduce the number of postoperative complications, compared to more invasive surgical interventions. Also it reduces the time of social recovery and contributes to preserving the quality of life after the treatment.

Keywords: esophagus, large leiomyoma, esophagoscopy, resection, plasty, mucosal flap

For citation: Avanesyan A. A., Akkalaeva A. E., Miroshnikov B. I., Moiseenko V. M. Endoscopic submucosal dissection of large leiomyoma of the esophagus with subsequent closure of the defect with a mucosal flap. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2019;178(2):59–61. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2019-178-2-59-61.

* **Corresponding author:** Albina A. Avanesyan, St. Petersburg clinical scientific and practical center for specialized types of medical care (oncological), 68A Leningradskaya street, St. Petersburg, Russia, 197758. E-mail: albina-md@mail.ru.

Эндоскопическое удаление неэпителиальных опухолей желудочно-кишечного тракта, вплоть до полностенной резекции, с лечебной или диагностической целью в последние годы является приоритетным направлением [1]. Однако к удалению субэпителиальных новообразований пищевода сохраняется «сдержанное» отношение из-за опасения перфорации органа. Как правило, к такому вмешательству прибегают при небольших размерах опухоли, в пределах 2–3 см. При удалении опухолей больших размеров А. Zhang et al. [2], с целью обеспечения надежного герметизма и закрытия ра-

невой поверхности пищевода, предлагает использовать лоскут из слизистой оболочки пищевода.

В нашей клинической практике представилась возможность эндоскопическим методом успешно удалить крупную лейомиому пищевода, используя при этом лоскут из слизистого слоя для закрытия образовавшегося дефекта стенки пищевода. Приводим данное наблюдение.

У больного П., 37 лет, при эзофагогастродуоденоскопии выявлено крупное подслизистое новообразование пищевода, щелевидно-суживающее его просвет. Какая-либо клиническая симптоматика при этом отсутствовала. Районным онкологом направлен в наш центр. При эндоскопической ультрасонографии

Рис. 1. Эндоскопическая картина лейомиомы
Fig. 1. Endoscopic view of leiomyoma

Рис. 2. Эндосонোগрафическая картина лейомиомы
Fig. 2. Endosonographic view of leiomyoma

Рис. 3. Лейомиома при компьютерной томографии
грудной клетки
Fig. 3. Leiomyoma during computed tomography of the chest

(ЭУС) в средней трети пищевода на 29 см от резцов по правой стенке определяется анэхогенное неоднородное с гипозоногенными включениями подслизистое новообразование с ровными четкими контурами, размером 20×19 мм, протяженностью до 40 мм, расположенное во 2-м (мышечной пластинке слизистой оболочки) слое стенки (рис. 1; 2). Параэзофагеальные лимфатические узлы не определяются. По ЭУС-признакам образование наи-

более соответствовало лейомиоме или гастроинтестинальной стромальной опухоли. Пациент от дальнейшего обследования и лечения воздержался. При повторном ЭУС-исследовании через 3 месяца – картина увеличения размеров образования на 1 см. По данным компьютерной томографии (КТ), имеется подслизистое новообразование грудного отдела пищевода, без распространения за пределы органа (рис. 3). Предварительный диагноз: «Лейомиома средней трети пищевода? Гастроинтестинальная стромальная опухоль?».

Учитывая неоднородную структуру опухоли, ее крупные размеры, а также тенденцию к росту, принято решение об эндоскопическом удалении новообразования. Операция 03.05.2018 г. Произведен предварительный гидравлический лифтинг под основание образования с помощью 20,0 мл гиперосмолярного раствора ХАЕС, окрашенного индигокармином + 0,1 %-й раствор адреналина в разведении 1/20 – образование порционно поднималось. При помощи ножа IT-knife и DUAL-knife фирмы Olympus (электрохирургический блок Bowa, режим «gastro pol», мощность – 15 Вт) выполнен разрез слизистой оболочки по верхнему, левому и нижнему краям образования с формированием лоскута размером 6×2,5 см. Далее последовательно, методом диссекции в подслизистом слое, опухоль выделена и удалена (рис. 4). Эпизоды кровотечения были остановлены с помощью диатермокоагуляции ножом и коаграспектром. На месте удаленной опухоли образовался дефект в пределах подслизистого и мышечного слоев размером 6×2,5 см. Дефект закрыт сформированным лоскутом слизистой оболочки, фиксированным эндоскопическими клипсами к краям раны (рис. 5). Гемостаз устойчивый. Послеоперационный период

Рис. 4. Визуализация лейомиомы при формировании
подслизистого тоннеля
Fig. 4. Visualization of leiomyoma during the formation
of a submucosal tunnel

Рис. 5. Послеоперационный шов
Fig. 5. Postoperative suture

протекал без особенностей. Пациент выписан на 10-е сутки. Гистологическое заключение удаленной опухоли: «Лейомиома пищевода 4 см в наибольшем измерении (AE1/3-, S100-, SMA+, CD117-, DOG1-, Caldesmon+))».

Представляется важным с позиции оперирующего эндоскописта выбор оптимального места и направления разреза слизистой над образованием. В данной ситуации разрез мог быть срединным над опухолью, либо боковым. Мы выбрали боковой разрез с целью надежного укрытия ложа опухоли, в котором была наиболее глубокая зона повреждения стенки пищевода. Наш выбор оправдал себя, поскольку сформированный цельный лоскут полностью укрыл ложе удаленной опухоли. Мы можем рекомендовать такой тактический подход к выбору первичного разреза при объемных подслизистых образованиях на основании нашего позитивного опыта.

Наше единичное наблюдение не дает основание делать далекоидущие выводы, но, с учетом литературных публикаций, позволяет прийти к следующему:

1) эндоскопическое удаление как малоинвазивный и наиболее безопасный метод может быть показано для удаления подслизистых новообразований при наличии факторов риска (размеры >2 см) до развития симптомов, опасных для жизни пациента, а формирование лоскута слизистой оболочки с последующим закрытием им дефекта обеспечивает герметичность даже при наличии осложнений

в виде небольших перфораций и профилактики отсроченных кровотечений;

2) эндоскопическая резекция может быть не только эффективным малоинвазивным методом лечения этих потенциально злокачественных опухолей, но и также может рассматриваться как разумный подход для постановки окончательного патоморфологического диагноза.

Конфликт интересов / Conflict of interest

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов. / The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики / Compliance with ethical principles

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов. / The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Bialek A., Wiechowska-Kozłowska A., Pertkiewicz J. et al. Endoscopic submucosal dissection for treatment of gastric subepithelial tumors (with video) // *Gastrointestinal Endoscopy*. 2012. Vol. 75. P. 276–286.
2. Zhang Q., Li Y., Meng Y. et al. Should the integrity of mucosa be considered in endoscopic resection of gastric submucosal tumors? // *Gastroenterology*. 2016. Vol. 150. P. 822–824.

Сведения об авторах:

Аванесян Альбина Арташевна (e-mail: albina-md@mail.ru), канд. мед. наук, зав. отделением эндоскопии; Аккалаева Алина Эдиговна (e-mail: alina_akkalaeva@mail.ru), врач отделения эндоскопии; Борис Иванович Мирошников, д-р мед. наук, профессор, врач-хирург-эксперт; Моисеев Владимир Михайлович (e-mail: moiseyenko@gmail.com), д-р мед. наук, профессор, директор; Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический), 197758, Россия, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68А.