

© Коллектив авторов, 2018  
 УДК 616.35-006-089-072.1  
 DOI: 10.24884/0042-4625-2018-177-1-87-89

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

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОЛНОСТЕННОЙ РЕЗЕКЦИИ ОПУХОЛИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) (директор – проф. В. М. Моисеенко)

**Ключевые слова:** эндоскопическая полностенная резекция, ранний рак

A. A. Avanesyan, A. E. Akkalaeva, M. U. Tsicoridze, B. I. Miroshnikov, V. M. Moiseenko

**The first experience of endoscopic fullwall resection of cancer in rectum**

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

**Key words:** endoscopic fullwall resection, early cancer

Эндоскопическая полностенная резекция (ЭПР) – новая развивающаяся технология, постепенно внедряющаяся в клиническую практику. Этот метод подходит не только для радикального удаления ранних форм опухолей в тех случаях, когда диссекцию в подслизистом слое выполнить технически невозможно, но также позволяет избежать более инвазивное хирургическое вмешательство у пациентов с противопоказаниями по общесоматическому статусу. Мировой опыт не велик, тем не менее, благодаря различным методам эндоскопического закрытия дефекта стенки, например, клипированием с и без использования лигатурной петли, ЭПР в настоящее время активно внедряется в клиническую практику [2]. Мы представляем случай успешно проведенной ЭПР раннего рака прямой кишки с истонченным подслизистым слоем в зоне опухоли.

**Клинический пример.** Больная А., 77 лет, обратилась с жалобами на периодическое выделение крови из анального канала. При колоноскопии в среднеампулярном отделе прямой кишки, на 6–7 см от анального канала, выявлена экзофитная опухоль с четкими контурами, без инфильтрации основания, размером 2,5 см. Опухоль контактно ранимая с иррегулярным рельефом слизистой (по классификации pit pattern S. Kudo, 1994 г. – VI тип) и капиллярным рисунком (по классификации capillary pattern Y. Sano, 2011 г. – IIIb тип) (рис. 1) [1, 4]. По данным магнитно-резонансной терапии малого таза, явных признаков инвазии в мышечный слой и внеорганный распространения не получено. По данным компьютерной томографии грудной и брюшной полостей, также нет данных за метастатическое поражение. Гистологическое заключение: аденокарцинома G1 толстой кишки. В общем анализе крови: гемоглобин – 107 г/л. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 7,19 ммоль/л, креатинин – 113,4 мкмоль/л, мочевины – 10,2 ммоль/л. Остальные показатели крови: в пределах нормы. Диагноз: рак прямой кишки cT1N0M0, аденокарцинома G1. Сопутствующие заболевания: ИБС – нарушения ритма по типу фибрилляции предсердий, постоянная форма. Гипертоническая

болезнь III степени. Риск сердечно-сосудистых осложнений 4. Атеросклероз правой почечной артерии. Стентирование правой почечной артерии в 2016 г. Вторично-сморщенная правая почка. Хроническая болезнь почек IIIb степени, осложненная хронической сердечной недостаточностью, II функциональный класс.

Больной планировали эндоскопическое удаление опухоли методом диссекции в подслизистом слое. Однако после циркулярного разреза слизистой подслизистый слой под опухолью практически не визуализировался, образование плотно прилежало к мышечному слою. В связи с чем выполнена полностенная резекция. Диаметр дефекта стенки прямой кишки составил около 4,0 см. Дно дефекта промыто раствором фурацилина 50 мл. Дефект стенки закрыт путем сведения краев при помощи зафиксированной по его краям металлическими клипсами лигатурной петли. Шов герметичен (рис. 2–5). В ходе операции отмечено два эпизода кровотечения, которые были остановлены при помощи коагуляции. Объем кровопотери составил 40 мл. Продолжительность вмешательства составила 2 ч 40 мин. Выполнено внутривенное введение антибиотиков интраоперационно. Послеоперационный период протекал без особенностей: перевод в общее отделение на 1-е сутки.



Рис. 1. Эндоскопическая картина опухоли



Рис. 2. Гидролифтинг при помощи окрашенного индигокармином раствора ХАЕС

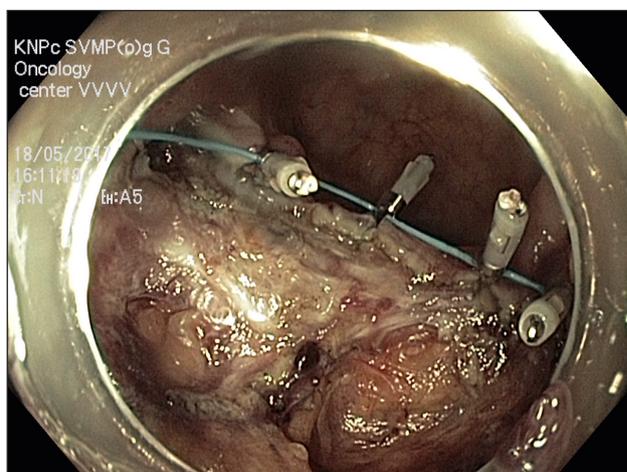
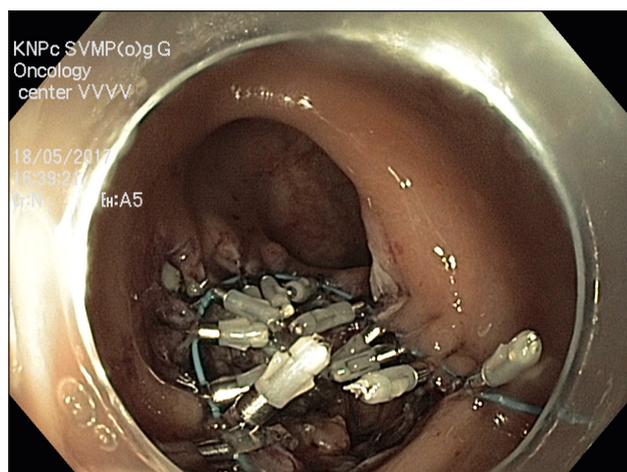


Рис. 3. Последовательная фиксация лигатуры по краям дефекта эндоклипами



а



б

Рис. 4. Этапы стягивания лигатурной петли, частичное закрытие дефекта (а, б)

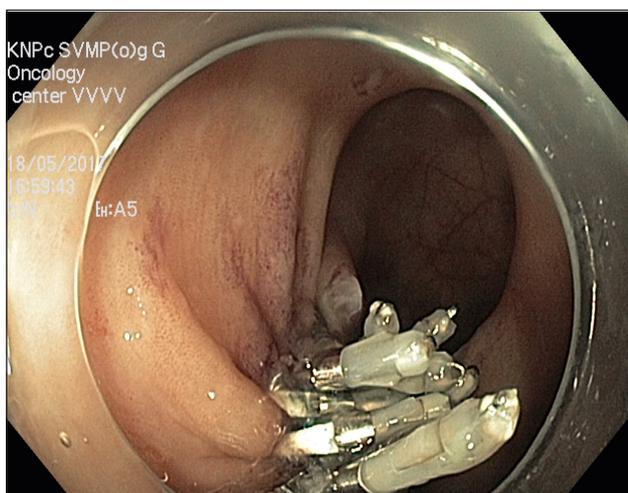


Рис. 5. Полное закрытие дефекта

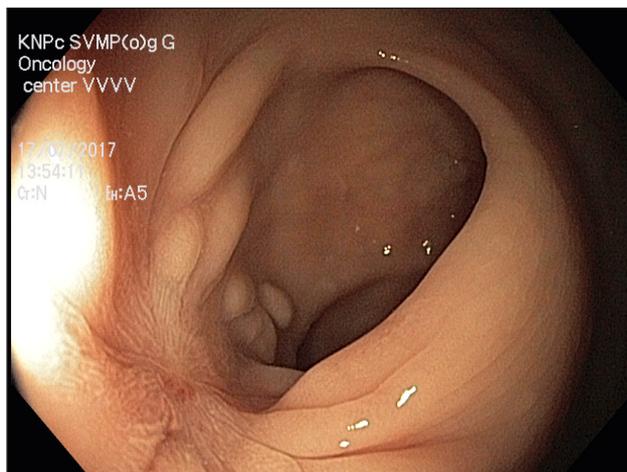


Рис. 6. Рубцовая деформация в зоне резекции при контрольном осмотре

Проводилась антибиотикотерапия (5 дней). Пациентка жалоб не предъявляла. На 11-е сутки после операции больная была

выписана в удовлетворительном состоянии. Гистологическое заключение удалённой опухоли: аденокарцинома прямой

кишки, G2, инвазирующая в подслизистую основу стенки кишки на  $1/2$ , без лимфоваскулярной и перинеуральной инвазии. Края резекции вне опухоли rT1b sm2. На 14-е сутки после операции больная отметила отторжение лигатурной петли с фиксированными к ней металлическими клипсами из прямой кишки. Кровотечений не было. При контрольной ректоскопии через два месяца после операции: на 7 см от анального канала определяется звёздчатый рубец до 1,5 см в диаметре. Слизистая в зоне рубца гладкая, данных за рецидив нет (рис. 6).

ЭПР с надежным закрытием дефекта расширяет возможности локального лечения. Кроме того, диагностические возможности исследования удаленного препарата при полностенной резекции выше, чем при эндоскопической резекции слизистой оболочки и эндоскопической диссекции в подслизистом слое, например, в случае T1-карцином. В недавнем ретроспективном исследовании сообщается о подобной методике резекции у 20 больных с субэпителиальными опухолями желудка. Дефекты стенки были устранены эндоскопической лигатурной петлей, фиксированной к их краям стандартными клипсами, о тяжелых осложнениях не сообщается [3]. В литературе мы не встретили публикаций о подобном удалении опухолей в пря-

мой кишке. Данный метод закрытия был выбран нами из-за достаточно большого размера дефекта и оказался успешным.

**Выводы.** 1. Рассмотрен один из возможных методов ЭПР опухоли прямой кишки T1bN0M0 с последующим закрытием дефекта.

2. Ушивание при помощи лигатурной петли и металлических клипс позволяет надежно и безопасно закрыть дефекты размером около 4,0 см.

#### ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Kudo S., Hirota S., Nakajima T. et al. Colorectal tumors and pit pattern // J. Clin. Pathol. 1994. Vol. 47. P. 880–885.
2. Meining A. Endoscopic full-thickness resection : the logical step toward more extended endoscopic oncologic resections? // Endoscopy. 2015. Vol. 47. P. 101–102.
3. Shi Q., Chen T., Zhong Y. S et al. Complete closure of large gastric defects after endoscopic full-thickness resection, using endoloop and metallic clip interrupted suture // Endoscopy. 2013. Vol. 45. P. 329–334.
4. Tanaka S., Sano Y. Aim to unify the narrow band imaging (NBI) magnifying classification for colorectal tumors : current status in Japan from a summary of consensus symposium in the 79<sup>th</sup> annual meeting of the Japan gastroenterological endoscopy society // Digestive Endoscopy. 2011. Vol. 23 (suppl. 1). P. 131–139.

Поступила в редакцию 15.11.2017 г.

#### Сведения об авторах:

Аванесян Альбина Арташевна (e-mail: albina-md@mail.ru), канд. мед. наук, зав. отделением эндоскопии; Аккалаева Алина Эдиковна (e-mail: alina\_akkalaeva@mail.ru), врач отделения эндоскопии; Цикоридзе Малхаз Юрьевич (e-mail: malkhaztsi@gmail.com), канд. мед. наук, зав. абдоминальным отделением; Мирошников Борис Иванович, проф., д-р мед. наук, врач-хирург-эксперт; Моиссенко Владимир Михайлович (e-mail: moiseyenko@gmail.com), проф., д-р мед. наук, директор; Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический), 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68А.