

Эндоскопическая диагностика и лечение эпителиальных неоплазий и гиперпластических полипов пищеводно-желудочного перехода

1 — ФГБУЗ «Пермский клинический центр» ФМБА России, 2 — ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, Пермь

Novikov V. N., Sandratskaya A. V., Lozhkina N.V. Yakovleva E. V.

Endoscopic diagnostics and treatment of epithelial neoplasia and hyperplastic polyps of the gastroesophageal junction

Резюме

Изучены результаты лечения 26 пациентов с эпителиальными образованиями области пищеводно – желудочного перехода. Обследование включало: видеозофагогастродуоденоскопию с биопсией ткани образования и слизистой оболочки в области его основания с последующим гистологическим исследованием, осмотр в режиме усиления структуры слизистой оболочки и в поляризованном свете, в ряде случаев - эндосонографию. При проведении внутрисосудистого вмешательства имели место следующие особенности: эндотрахеальный наркоз, гидрорепаковка путем введения минимального количества (4 - 6 мл) физиологического раствора щадящее выполнение тракции при формировании ложной ножки, резекция фрагмента слизистой оболочки жесткой монолитной диатермической петлей, обязательное закрытие дефекта путем аппликации клипс. Контроль эффективности осуществляли с обязательным использованием близкофокусного осмотра в поляризованном свете. Средняя продолжительность операции – 12 минут. Длительность пребывания пациента в стационаре 1 – 2 дня. Рецидива в течение 2 – 7 лет не было.

Ключевые слова. Пищеводно – желудочный переход, эпителиальные неоплазии, гиперпластические полипы, резекция слизистой оболочки

Summary

The results of treatment of 26 patients with epithelial formations of the esophageal – gastric junction were studied. The examination included: videoesophagogastroduodenoscopy with biopsy of the formation tissue and mucosa in the region of its base with following histological examination, examination in the structure gain mode of the mucosa and in polarized light, in some cases - endosonography. During the intraluminal intervention, the following features took place: endotracheal anesthesia, hydropreparation by introducing a minimal amount (4 - 6 ml) of physiological solution, sparing performing of traction in a case of false leg formation, resection of a fragment of the mucous membrane with a rigid monolithic diathermal loop, mandatory closure of the defect by applying clips. Efficacy control was carried out with the obligatory use of short-focus examination in polarized light. The average duration of the operation is 12 minutes. The duration of a hospitalization 1 – 2 days. There was no relapse within 2 – 7 years.

Keywords: Esophagogastric junction, epithelial neoplasia, hyperplastic polyps, mucosal resection

Введение

Пищеводно – желудочный переход является сложным анатомо – функциональным образованием, имеющим большое значение для нормального функционирования желудочно – кишечного тракта и организма в целом. В клинической практике важны следующие особенности: сложная нейрорегуляция структур кардиального жома с частыми и разнообразными нарушениями их функции, наличие венозных коммуникаций с повышен-

ным внутрисосудистым давлением, формирование склероза в подслизистом слое из – за хронического перифокального воспаления (передаточное раздражение тканей, подлежащих образованию, пищевыми массами), анатомическое и функциональное ограничение пространства реализации патологического процесса. Значительно чаще чем в других отделах желудка отмечается дисплазия железистых структур образований. Гиперпластические полипы пищеводно – желудочного перехода практически

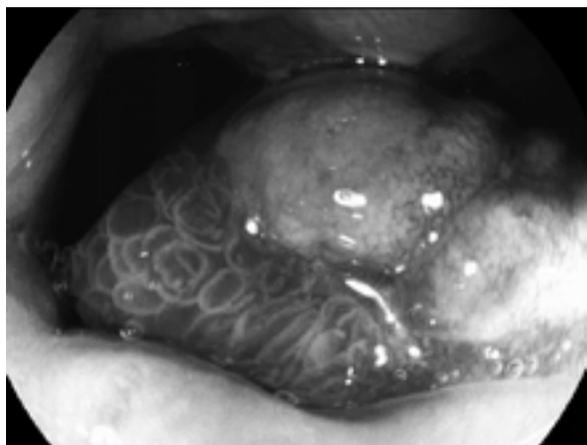


Рис. 1. В области пищеводно — желудочного перехода визуализируется образование на широком основании (режим i-scan TE)

всегда сопровождаются воспалением ткани образования.

Для обозначения предраковой эпителиальной пролиферации слизистой оболочки желудка, промежуточной между гиперплазией и раком, было предложено использовать термин «дисплазия». По определению экспертов комитета ВОЗ «Предраковые изменения желудка» дисплазия эпителия слизистой оболочки желудка характеризуется 3 основными признаками: клеточной атипией, нарушением дифференцировки клеток, дезорганизацией структуры слизистой оболочки. Клеточная атипия проявляется: увеличением размеров ядер, вследствие чего увеличивается ядерно - цитоплазматическое отношение; полиморфизмом и гиперхромией ядер; расположением ядер на различных уровнях (псевдостратификация); нарастанием базофилии цитоплазмы. Нарушение дифференцировки характеризуется: расширением генеративной зоны; снижением количества секреторных гранул покровно-ямочного эпителия; исчезновением зрелых секреторирующих слизь клеток. Дезорганизация структуры слизистой оболочки желудка проявляется: нерегулярностью расположения желудочных ямок с почковидными разрастаниями эпителия; смещением атрофированных желез в подслизистый слой; разрастанием гладкомышечного слоя собственной пластинки слизи оболочки; фиброзом.

В настоящее время среди научных работников и практических врачей доминирует мнение о необходимости удаления всех истинных полипов желудка [1, 2]. Аденомы, а особенно с признаками дисплазии, подлежат безусловному радикальному удалению из-за высокого риска злокачественной трансформации, которая по литературным данным составляет от 6 до 83% [3, 4, 5]. Большинство авторов в разные годы отмечают наиболее частое перерождение аденом, локализующихся в кардиальном отделе и области пищеводно — желудочного перехода (в среднем в два раза) [2]. Злокачественный потенциал гиперпластических полипов низок и варьирует от 0 до 8% [2, 6, 7]

Лечение полиповидных образований в настоящее время в основном осуществляется с помощью внутрипросветных эндоскопических технологий [1]. В мире

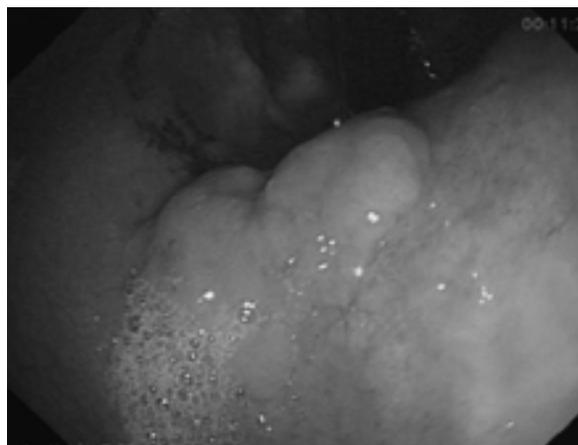


Рис. 2. Аденома пищеводно - желудочного перехода с распространением на кардиальный отдел желудка и участком депрессии

нашли широкое применение: электрокоагуляция с помощью различных инструментов, традиционная полипэктомия диатермической или биполярной петлями, резекция слизистой оболочки петлей с предварительной гидропрепаровкой и путем диссекции в подслизистом слое. Последняя технология наиболее сложная, трудоемкая и требует специального оборудования.

Материалы и методы

Изучены результаты лечения 26 пациентов с эпителиальными образованиями области пищеводно — желудочного перехода на широком основании, из которых гиперпластический полип диагностирован у 7, аденома с дисплазией умеренной и тяжелой степени — у 18, низкодифференцированная аденокарцинома в тубулярной аденоме — у 1. Локализация: Область пищеводно — желудочного перехода с распространением на абдоминальный отдел пищевода и кардиальный отдел желудка. Величина образования: до 1 см — у 3, от 1 до 2 см — у 11, от 2 до 3 см — у 12. Возраст больных от 16 до 70 лет. Мужчин — 21, женщин — 5.

Обследование включало: видеоэзофагогастродуоденоскопию с биопсией ткани образования и слизистой оболочки в области его основания с последующим гистологическим исследованием, осмотр в режиме усиления структуры слизистой оболочки и в поляризованном свете, в ряде случаев - эндосонографию. При визуальном осмотре выявляли плоское или на широком основании образование (рис. 1) с нерегулярной структурой поверхности и участками депрессии (рис. 2). Биопсию осуществляли после близкофокусного осмотра в поляризованном свете в месте, где выявляли признаки изменений рельефа поверхности и нерегулярность сосудистого рисунка.

Результаты и обсуждение

Всем нашим пациентам проведено внутрипросветное эндоскопическое лечение. При проведении вмешательства имели место следующие особенности: эндотрахеальный наркоз, гидропрепаровка путем введения минимального количества (4 - 6 мл) физиологического

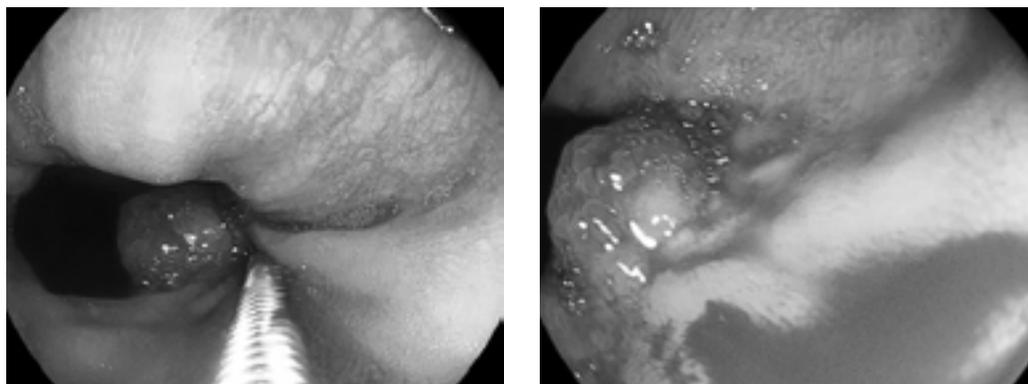


Рис. 3. Гидропрепаровка путем введения 4 мл физиологического раствора

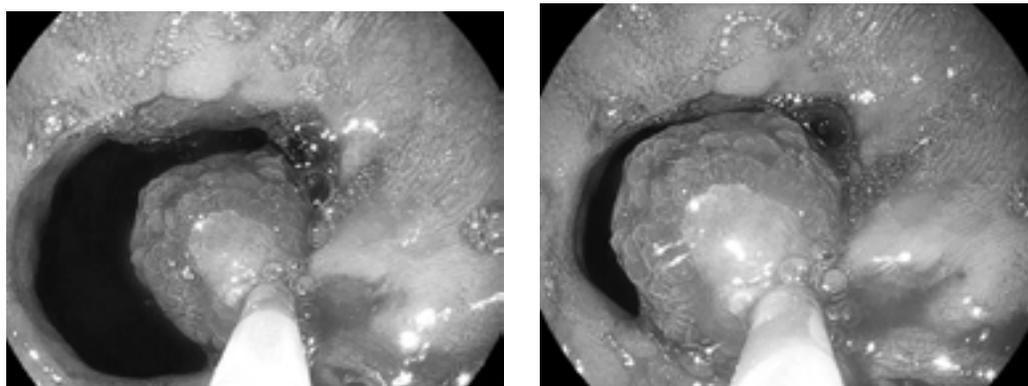


Рис. 4 а, б. Щадящая тракция в дистальном и проксимальном направлениях

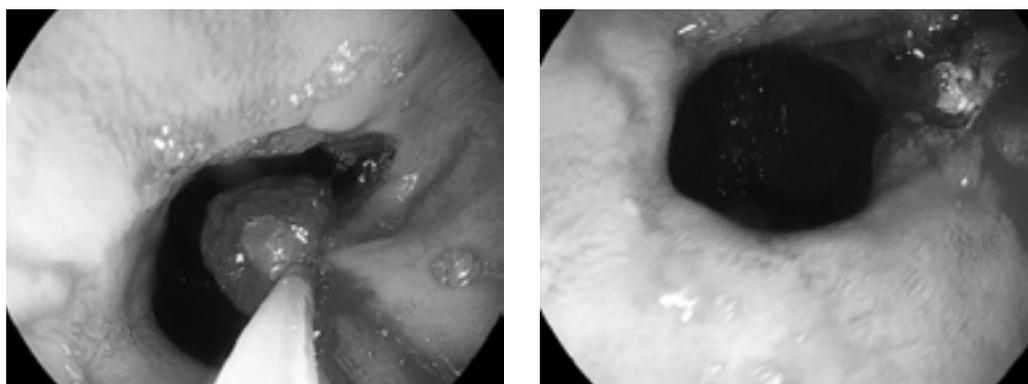


Рис. 5 а, б. Отсечение монолитной диатермической петлей в режиме EndoCut

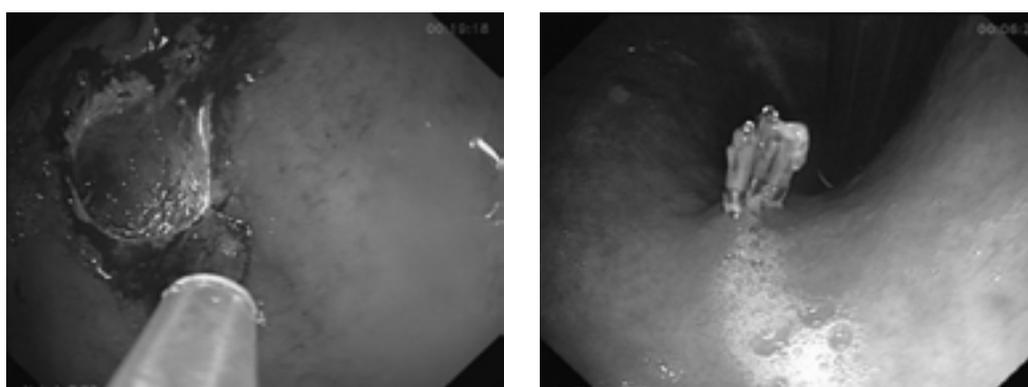


Рис. 6 а, б. Дефект слизистой оболочки (а) закрыт путем клипирования (б)

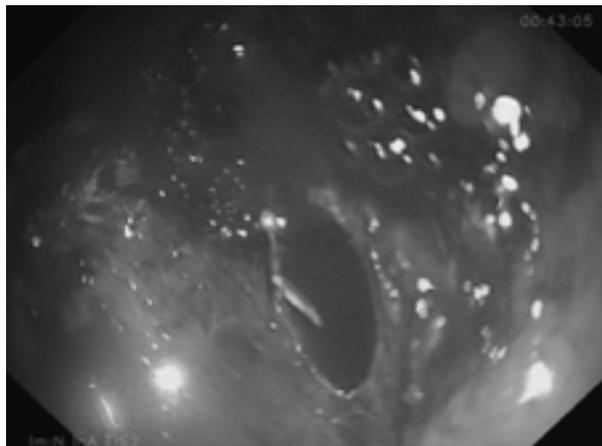


Рис. 7. Кровотечение при повреждении мышечного слоя

раствора (рис. 3 а, б), щадящее выполнение тракции при формировании ложной ножки (рис. 4 а, б), резекция фрагмента слизистой оболочки жесткой монолитной диатермической петлей (рис. 5 а, б), обязательное закрытие дефекта путем аппликации клипс (рис. 6 а, б). Контроль эффективности осуществляли с обязательным использованием близкофокусного осмотра в поляризованном свете. При наличии участка, подозрительного на наличие опухолевой ткани, его резецировали или подвергали аргон – плазменной абляции. Отмечено 1 интраоперационное осложнение – кровотечение при повреждении мышечной оболочки (рис. 7), которое ликвидировано путем «грубого» наложения клипс. 22 больным образование удалено единым блоком, 4 – фрагментами в 2 – 4 приема. Средняя продолжительность операции – 12 минут. Длительность пребывания пациента в стационаре 1 – 2 дня.

Наблюдение за больными осуществляли в зависимости от морфологических особенностей субстрата. Всем пациентам: контрольная эзофагогастроскопия с применением технологий улучшения визуализации через 3 – 4 месяца и через 1 год. Далее при тяжелой дисплазии: контрольная эзофагогастроскопия с применением техно-

логий улучшения визуализации 1 раз в год, а при умеренной дисплазии: контрольная эзофагогастроскопия с применением технологий улучшения визуализации 1 раз в 2 года. Рецидива в течение 2 – 7 лет нами не отмечено.

Заключение

При локализованной дисплазии эпителия или гиперпластическом полипе пищевода – желудочного перехода резекцию слизистой оболочки с тщательным формированием ложной ножки, клипированием дефекта и контролем эффективности с использованием поляризованного света можно считать минимально инвазивным радикальным вариантом лечения. ■

Новиков В.Н., Сандрацкая А.В., Ложкина Н.В., Яковлева Э.В., ФГБУЗ «Пермский клинический центр» ФМБА России, ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь, Автор, ответственный за переписку — Новиков Валерий Николаевич, тел. +79197057600, E-mail: endonov@yandex.ru

Литература:

1. Маргарян Л.А. Комплексная эндоскопическая диагностика полипов желудка // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М, 2009. 21 с.
2. Юхтин В.И. Полипы желудочно-кишечного тракта. М.: Медицина. 1978.
3. Ивашкин В.Т., Латина Т.Л. Хронический гастрит: современные представления, принципы диагностики и лечения // Русский медицинский журнал. 2001. Т.3. № 2. С. 54-60.
4. Dekker W. Clinical relevance of gastric and duodenal polyps // Scand. J. Gastroenterol. Suppl. 1990. Vol. № 178. P. 7-12.
5. Jarvinen H.J. Other gastrointestinal polyps // World J. Surg. 1991. Vol. 15(1). P. 50 - 56.
6. Abraham S.C., Singh V.K., Yardley J.H., Wu T.T. Hyperplastic polyps of the stomach: associations with histologic patterns of gastritis and gastric atrophy // Am. J. Surg. Pathol. 2001. № 25. P. 500 - 507.
7. Schmitz J.M., Stolte M. Gastric polyps as precancerous lesions // Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am. 1997. № 7. P. 29 - 46.