
ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДСЛИЗИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

**Б.А. Мизаушев, Х.Б. Боттаев,
К.А. Баждугов**

Кафедра госпитальной хирургии
Медицинский факультет
Кабардино-Балкарский государственный университет
ул. Чернышевского, 173, Нальчик, 360004

Городская клиническая больница № 2 г. Нальчика
ул. Аттоева, 1 а, Нальчик, 360000

Представлен анализ работы, посвященной эндоскопическому удалению подслизистых образований толстой кишки. Работа проведена на базе городской клинической больницы № 2 г. Нальчика. Из 449 удаленных эндоскопически новообразований толстой кишки 7 были подслизистыми. Среди них 5 липом и 2 лейомиомы. Размеры образований колебались от 0,7 до 3,7 см. Осложнений во время операции и после не наблюдалось. Все больные были выписаны через 3—7 дней после операции в удовлетворительном состоянии.

Ключевые слова: подслизистые образования толстой кишки, липома, лейомиома, эндоскопическое удаление.

Диагностика подслизистых опухолей толстой кишки вызывает определенные трудности, что связано с расположением опухоли в толще кишечной стенки, сложной интерпретацией макроскопической картины, невозможностью щипцовой биопсии с гистологическим исследованием. Эндоскопическая характеристика подслизистых опухолей зависит от глубины их залегания, размеров и характера роста образования. Вначале рост подслизистых опухолей протекает бессимптомно. В дальнейшем, при увеличении размеров образования, может произойти нарушение пассажа по кишечнику с развитием частичной или полной толстокишечной непроходимости. При значительных размерах возможно изъязвление с появлением клиники кишечного кровотечения, а также малигнизация опухоли. Наиболее оптимальной для эндоскопической практики является классификация неэпителиальных опухолей К. Nagasako (1982):

1-й тип — интрамуральный, располагается в глубоких слоях, растет в толщу кишечной стенки, вызывая незначительную деформацию просвета. Слизистая оболочка над опухолью не изменена, подвижна. При инструментальной пальпации определяется увеличение плотности стенки кишки в месте расположения опухоли;

2-й тип — внутрипросветный, расположены в пределах одного слоя в подслизистой основе или подслизистом слое, растут в просвет органа, подвижны относительно окружающих органов, слизистая оболочка смещается у основания и на вершине опухоли (положительный симптом «шатра»);

3-й тип — смешанный. Эти опухоли могут располагаться и в более глубоких и в поверхностных слоях. Обычно это большие образования, выходящие за пределы одного слоя, раздвигая и отдавливая подлежащие и покрывающие их ткани,

располагаются частично в толще кишечной стенки, частично — в просвете кишки, имеют нечеткие границы, неподвижны относительно окружающих тканей, отмечается положительный симптом «шатра» у основания и вершины опухоли.

Подслизистые опухоли толстой кишки в основном формируются из клеток, входящих в состав кишечной стенки, кроме эпителия. Наиболее часто среди них встречаются лейомиома и липома. Лейомиома — доброкачественная опухоль, состоящая из гладкомышечных волокон кишечной стенки. В толстой кишке локализуется 10% от всех лейомиом желудочно-кишечного тракта. Чаще всего они встречаются в прямой кишке (Sivak M.V., 2000) [9]. Учитывая высокий риск малигнизации, лейомиома является показанием к эндоскопическому удалению. При больших размерах образования, особенно с изъязвлением, выполняется хирургическая операция (Воробьев Г.И. с соавт., 2001) [1, 2]. Липома — доброкачественная опухоль, развивающаяся из жировых клеток подслизистого слоя кишечной стенки. По данным М.А. Rogy et al., 1991 [8], на долю липом приходится около 60% всех неэпителиальных опухолей кишечника. Большинство липом локализуется в правой половине толстой кишки в виде одиночных образований. Морфологически липома состоит из высококодифференцированной жировой ткани, заключенной в истинную фиброзную капсулу. Некоторые авторы (Marin G.A., Villa G.L. 1990) [7] при небольшом размере образования рекомендуют динамическое наблюдение 1 раз в год и воздерживаются от биопсии, учитывая медленный рост и низкий индекс малигнизации липом. По мнению большинства исследователей, показанием к эндоскопическому удалению являются опухоли, расположенные в левой половине толстой кишки, особенно в нижней трети сигмовидной кишки, размеры которых составляют 2,5—3 см и более. Несмотря на консистенцию, образования такого размера могут нарушать пассаж кишечного содержимого (Петров В.П., 1996; Kitamura K. et al., 1990; Christie J.P. et al., 1990) [3, 4, 5, 6].

Цель исследования. Определение тактики при подслизистых образованиях толстой кишки.

Материал и методы исследования. В городской клинической больнице № 2 г. Нальчика произведено эндоскопическое удаление 449 новообразований толстой кишки. Из них 7 были подслизистыми. В табл. 1 представлена характеристика больных с удаленными подслизистыми образованиями по полу и возрасту.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возраст, лет				Всего
	51—60	61—70	71—80	81 и старше	
Мужчины	1	1	—	1	3
Женщины	1	3	—	—	4
Итого	2	4	—	1	7

Как видно из табл. 1 все больные были старше 50 лет. Количество мужчин и женщин примерно одинаково. В табл. 2 представлена гистологическая характеристика и локализация удаленных подслизистых образований в толстой кишке.

Таблица 2

Гистологическая характеристика и локализация полипов в толстой кишке

Гистологическая структура образования	Прямая кишка	Сигмовидная кишка	Ободочная кишка	Слепая кишка	Всего
Липома	—	3	2	—	5
Лейомиома	—	2	—	—	2
Всего	—	5	2	—	7

Большинство исследуемых нами подслизистых образований представлены липомами и располагались в сигмовидной кишке. Из двух липом ободочной кишки одна находилась в печеночном изгибе, другая — в нижней трети восходящей кишки. Диаметр образований колебался от 0,7 до 3,7 см. В табл. 3 представлена характеристика размеров с учетом морфологической структуры подслизистых образований.

Таблица 3

Размеры подслизистых образований с учетом морфологической структуры

Гистологическая структура образования	Диаметр образования, см.						
	0,5—0,9	1—1,4	1,5—1,9	2—2,4	2,5—2,9	3—3,4	3,5—3,9
Липома	—	1	1	—	—	2	1
Лейомиома	2	—	—	—	—	—	—
Всего	2	1	1	—	—	2	1

Как видно из табл. 3 лейомиомы обладали небольшими размерами, в то время как диаметр большинства липом достигал 3 см и более.

Показанием к эндоскопическому удалению подслизистых образований считаем наличие самого образования, нередко значительно закрывающего просвет кишки и приводящего к нарушению пассажа кишечного содержимого. Все больные выписывались из стационара через 3—7 дней после операции в удовлетворительном состоянии. Осложнений и рецидивов при контрольных осмотрах не было. Приводим выписку из истории болезни одного нашего больного.

Больной В., 60 лет, поступил в нашу клинику с жалобами на затруднения опорожнения кишечника, нарастающие последние 2—3 года, дискомфорт в левой подвздошной области. Во время клинико-лабораторного обследования патологии выявлено не было. При колоноскопии в с/3 сигмовидной кишки определяется значительное сужение просвета (примерно на $\frac{1}{2}$) за счет образования на широком основании диаметром до 4 см, высотой до 2,5—3 см. Слизистая над образованием не изменена, при инструментальной пальпации мягко-эластичной консистенции, подвижно относительно окружающих тканей. Определяется положительный симптом «шатра». Решено произвести эндоскопическое удаление образования. С техническими трудностями петля накинута на опухоль и постепенно затянута у основания таким образом, что все образование постепенно поднимается над петлей. Образование удалено целиком, извлечено и направлено на гистологическое исследование. Размер удаленного препарата 5,5×3,7 см. Гистологическое заключение — липома. Через 7 дней больной выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

Выводы

1. Подслизистые образования толстой кишки — редко встречающиеся опухоли (в наших наблюдениях 1,56% от всех удаленных образований).
2. При выявлении подслизистых образований толстой кишки показано их удаление эндоскопически.

3. Эндоскопическое удаление подслизистых образований позволяет определить морфологическую структуру опухоли, ликвидировать или предотвратить явления кишечной непроходимости (частичной или полной), избавив этим больного от хирургической операции, а также проводить профилактику малигнизации при лейомиомах.

4. Эндоскопическая операция значительно улучшает качество жизни больных по сравнению с хирургическим вмешательством, а также может быть радикальным методом лечения подслизистых образований толстой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Основы колопроктологии / Под. ред. Г.И. Воробьева. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2001. — 416 с.
- [2] *Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.И.* Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта. — М.: Медицина, 1984. — 192 с.
- [3] *Петров В.П.* Липомы толстой кишки // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии колопроктологии. — 1996. — Т. 6. — № 2. — 84—85 с.
- [4] *Сотников В.Н., Разживина А.А., Веселов В.В. и др.* Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки. — М.: Экстрапринт, 2006. — 280 с.
- [5] *Christie J.P.* The removal of lipomas // *Gastrointest. Endosc.* — 1990. — Vol. 36. — P. 532—533.
- [6] *Kitamura K., Kitagawa S., Mori M. et al.* Endoscopic correction of intussusception and removal of a colonic lipoma // *Gastrointest. Endosc.* — 1990. — Vol. 36. — P. 509—511.
- [7] *Marin G.A., Villa G.L.* Colonic lipomas: endoscopic and radiologic characteristics // *N. J. Med.* — 1990. — Vol. 87. — P. 301—303.
- [8] *Rogy M.A., Mirza D., Berlakovich G. et al.* Submucous large-bowl lipomas — presentation and management: an 18-year study // *Eur. J. Surg.* — 1991. — Vol. 157. — P. 51—55.
- [9] *Sivak M.V.* Gastroenterologic endoscopy / 2ed. W.B. Saunders company, USA, 2000. — P. 1222—1459.

THE EXPERIENCE OF ENDOSCOPIC TREATMENT OF LARGE INTESTINE'S SUBMUCOSAL NEOPLASMS

**B.A. Mizaushev, H.B. Bottayev,
K.A. Bazhdugov**

Department of hospital surgery
Medical faculty
Kabardino-Balkarian State University
Chernyshevskogo str., 173, Nalchik, 360004
Municipal clinical hospital № 2 in Nalchik
Attoeva str., 1a, Nalchik, 360000

The analysis of work dedicated to endoscopic removal of submucosal neoplasms of large intestine is presented. The work had been done in the Municipal clinical hospital № 2 in Nalchik. 7 of 449 removed neoplasms of large intestine, were submucosal ones. 5 lipomas and 2 leiomyomas among them. The size of neoplasms varied from 0,7 to 3,7 cm. There were no complications during the operation and after it. All patients were discharged from the hospital in 3—7 days after operation in satisfactory condition.

Key words: submucosal neoplasms of large intestine, lipoma, leiomyoma, endoscopic removal.