

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИСЕКЦИЯ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ ПРИ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЯХ ЖЕЛУДКА

*Лысенко А.В., Смотрин И.С.*

*УЗ «Минский городской клинический онкологический центр»,  
г. Минск, Республика Беларусь*

**Введение.** В структуре онкологических заболеваний рак желудка занимает одну из лидирующих позиций. Показатели выживаемости пациентов с опухолями желудка во многом зависят от стадии патологического процесса. Лучший прогноз у пациентов, у которых выявляют предраковые изменения или ранний рак на начальных стадиях. До недавнего времени хирургические подходы являлись основными в лечении не только раннего рака, но и крупных доброкачественных образований желудка. Однако развитие эндоскопической техники привело не только к увеличению количества выявленных ранних форм рака желудка и эпителиальных неоплазий, но и дало начало развитию малоинвазивному эндоскопическому лечению. Для лечения ранних форм рака желудка (T1aN0M0) и эпителиальных неоплазий был разработан метод эндоскопической резекции слизистой оболочки путем диссекции в подслизистом слое – EDS (endoscopic submucosal dissection), которая на сегодняшний день является одним из эффективных современных методов их радикального лечения.

**Цель работы.** Оценить эффективность эндоскопической диссекции в подслизистом слое при лечении эпителиальных неоплазий и ранних форм рака желудка.

**Материал и методы.** Проведен анализ результатов лечения 8 пациентов с эпителиальными неоплазиями желудка в возрасте от 46 до 76 лет. Эпителиальные неоплазии диагностированы у них на догоспитальном этапе. У 3 пациентов эпителиальные неоплазии носили неполипозный, а у 5 пациентов – полипозный характер (у 4 - на широком основании 0-1S и у 1 пациента на широкой короткой ножке 0-1SP). Диаметр образований варьировал от 1 см до 4,4 см. Глубина инвазии оценивалась по результатам эндоскопической ультрасонографии (ЭУС). Было установлено отсутствие инвазии в мышечную оболочку. Для определения границ образования использовали спектральную хромоскопию NBI, что позволяло отступить от края неоплазии на необходимое расстояние.

Эндоскопические диссекции проводились с помощью следующего набора инструментов: электрохирургический блок ERBE VIO 200S, видеоэндоскопическая система Olympus EVIS EXERA III, гастроинтестинальный видеоэндоскоп GIF-Q180, электрохирургические ножи для диссекции в подслизистом слое типа Water jet knife (ERBE), одноразовая игла-инжектор Medi Globe, одноразовый дистальный прозрачный колпачок Olympus (D-201-11-34), Эндоскопической диссекции в подслизистом слое предшествовала разметка границ, которая производилась при помощи

эндоскопического ножа «DualKnife» в режиме спрей-коагуляции, отступив от краев неоплазий до 0,5 см. С целью создания гидравлической подушки в подслизистый слой вводили смесь раствора реополиглюкина 200 мл. + 1 мл. 0,18% адреналина. Во всех случаях выполняли окаймляющий циркулярный разрез слизистой по окружности образований. При помощи прозрачного эндоскопического колпачка, фиксированного на дистальном конце эндоскопа, визуализировали подслизистый слой, посредством приподнимания края рассеченной слизистой оболочки с последующей поэтапной диссекцией в подслизистом слое. Кровотечения, возникшие в процессе диссекции, останавливали при помощи гемостатических щипцов Coagasper. Крупные сосуды, прилегающие к мышечной оболочке клипировали эндоскопическими клипсами фирмы Olympus.

**Результаты и обсуждение.** Все образования были удалены единым блоком. Продолжительность операций варьировала от 2 до 3,5 часов. Интра- и послеоперационных осложнений в виде кровотечений и перфораций мы не наблюдали. При гистологическом исследовании в 3 случаях была выявлена высокодифференцированная нейроэндокринная опухоль, в 1 случае ГИСО, в 2 случае тубулярная аденома с очагами тяжелой дисплазии и очагом аденокарциномы G1 в центральной части неоплазии, в 2 случаях аденома с дисплазией high grade (интраэпителиальная карцинома).

Через 3 месяца после эндоскопической диссекции повторно осмотрены все 8 пациентов. Рецидива заболевания не отмечено. В зоне перенесенной диссекции имелся звездчатый рубец. Через 6 месяцев обследовано 5 пациентов. Рецидива заболевания не выявлено.

**Выводы.** Эндоскопическая диссекция в подслизистом слое является эффективным радикальным и относительно безопасным методом удаления эпителиальных новообразований желудка. Преимуществом диссекции перед резекцией слизистой оболочки является удаление эпителиального образования единым блоком в пределах здоровых тканей под визуальным контролем, что позволяет уменьшить риск рецидивов, создать условия для программируемой остановки кровотечения, а также способствует быстрой медико-социальной реабилитации пациентов после эндоскопического вмешательства.