

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие к изданию на русском языке	9
Предисловие к изданию на английском языке	10
Вступление	11
Участники издания	12
Список сокращений и условных обозначений	20

ЧАСТЬ I. АНАТОМИЯ КИШЕЧНИКА И ОПЕРАЦИОННАЯ . . . 21

Глава 1. Анатомия толстой, прямой кишки и анального канала <i>Ричард Л. Дрейк, Дженнифер М. Макбрайд, Мишель Д. Инкстер, Джеймс С. Ву</i>	23
Глава 2. Необходимые инструменты и оборудование: ретракторы, эндоскопы, зонды и др. <i>Дэвид Лиска</i>	35
Глава 3. Принципы позиционирования в операционной <i>Дэниел Р. Фиш</i>	48
Глава 4. Продвинутая эндолюминальная хирургия: эндоскопическая резекция слизистой оболочки и эндоскопическая диссекция подслизистого слоя <i>Эмре Горгун</i>	73
Глава 5. Комбинированная эндоскопическая и лапароскопическая хирургия <i>Эмре Горгун</i>	85
Глава 6. Инвазивное лечение воспалительных заболеваний кишечника: эндоскопическое лечение осложнений <i>Бо Шен</i>	91
Глава 7. Эндоскопия в кабинете врача <i>Джеймс Черч</i>	104

ЧАСТЬ II. АНОРЕКТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ 115

Глава 8. Геморроидэктомия <i>Массарат Зутши</i>	117
Глава 9. Анальные трещины: боковая внутренняя сфинктеротомия <i>Джеймс С. Ву</i>	125
Глава 10. Анопластика при анальном стенозе <i>Майкл А. Валенте</i>	132
Глава 11. Аноректальный абсцесс (острый парапроктит) <i>Владимир Большинский, Джозеф Трунцо</i>	143
Глава 12. Сложные аноректальные свищи <i>Владимир Большинский, Стефан Д. Холубар</i>	154

Глава 13. Гнойный гидраденит <i>Анурадха Р. Бхама, Скотт Р. Стил</i>	175
Глава 14. Ректовагинальный свищ <i>Трейси Халл</i>	185
Глава 15. Ректоуретральные свищи <i>Николас Хаузер, Хэдли Вуд, Кеннет Анджермейер</i>	215
Глава 16. Аноректальная форма болезни Крона <i>Джеймс Черч</i>	228
Глава 17. Пилонидальная болезнь: иссечение против использования лоскутов. Практические советы <i>Анурадха Р. Бхама, Скотт Р. Стил</i>	236
Глава 18. Анальная интраэпителиальная неоплазия: выполнение аноскопии высокого разрешения <i>Мишель Д. Инкстер, Эрик Д. Уиллис, Джеймс С. Ву</i>	249
ЧАСТЬ III. ЖИВОТ	261
Глава 19. Техники формирования анастомоза <i>Мэтью Ф. Калади</i>	263
Глава 20. Сложные анастомозы: анастомоз Торнболла–Кутайта <i>Шериф Шоки</i>	281
Глава 21. Левосторонняя гемиколэктомия <i>Майкл А. Валенте</i>	290
Глава 22. Правосторонняя гемиколэктомия <i>Питер Марк Ниари, Шериф Шоки, Конор П. Делейни</i>	306
Глава 23. Вмешательства на поперечной ободочной кишке <i>Н. Арджун Джеганатан, Джереми М. Липман</i>	330
Глава 24. Сложный селезеночный изгиб <i>Шериф Шоки</i>	341
Глава 25. Циторедуктивная хирургия и гипертермическая внутрибрюшинная химиотерапия <i>Энтони Косталес, Роберт ДеБернардо</i>	353
Глава 26. Десмоидные опухоли <i>Джеймс Черч</i>	370
Глава 27. Наружный кишечный свищ <i>Майкл А. Валенте</i>	379
ЧАСТЬ IV. МАЛЫЙ ТАЗ	389
Глава 28. Интраоперационная лучевая терапия колоректального рака <i>Судха Р. Амарнатх</i>	391
Глава 29. Местное иссечение опухолей прямой кишки <i>Анурадха Р. Бхама, Дэвид Марон, Скотт Р. Стил</i>	401

Глава 30. Вмешательства по поводу пресакральных опухолей <i>Кристи Коли, Майкл А. Валенте</i>	417
Глава 31. Проктэктомия сверху <i>Джеймс П. Тиернан, Конор П. Делейни</i>	430
Глава 32. Трансанальная тотальная мезоректумэктомия <i>Шериф Шоки, Дана Сэндс, Мэтью Ф. Калади</i>	448
Глава 33. Рекомендации гинекологов-онкологов по лечению рака толстой кишки с инвазией в женские половые органы <i>Мариам Алхилли, Роберт ДеБернардо</i>	471
Глава 34. Нейрохирургические и ортопедические аспекты в лечении распространенного мультивисцерального колоректального рака <i>Лукас М. Нистром, Натан В. Меско</i>	483
Глава 35. Интраоперационная консультация уролога <i>Хэдли Вуд, Кеннет Анджермейер</i>	494

ЧАСТЬ V. ТЕХНИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ ДЛЯ ОСОБЫХ СИТУАЦИЙ 509

Глава 36. Осложненная дивертикулярная болезнь: лечение коловлагинальных и коловезикулярных свищей <i>Мишель Ф. Делион, Стивен Д. Векснер, Брэдли Дж. Шампейн</i>	511
Глава 37. Толстокишечная непроходимость <i>Дэвид М. Шварцберг, Дэвид Лиска</i>	523
Глава 38. Эндометриоз <i>Мариам Алхилли, Германн Кесслер</i>	542
Глава 39. Травмы толстой, прямой кишки и анального канала <i>Эрик К. Джонсон, Скотт Р. Стил</i>	553
Глава 40. Илеоанальный резервуарный анастомоз <i>Трейси Халл</i>	565
Глава 41. Болезнь Крона: хирургическое лечение <i>Дэвид М. Шварцберг, Стефан Д. Холубар</i>	605
Глава 42. Колоректальный рак: лечение заболевания IV стадии <i>Мохаммад Али Аббасс, Брэдли Дж. Шампейн</i>	653
Глава 43. Формирование кишечных стом <i>Германн Кесслер, Мариан Г.М. Камарго, Эрик Г. Вейсс</i>	670
Глава 44. Осложненная стома <i>Германн Кесслер, Мариан Г.М. Камарго</i>	695
Глава 45. Комплексная пластика брюшной стенки и парастомальной грыжи после колоректальной хирургии <i>Шарлотта Хорн, Аджита Прабху</i>	724
Глава 46. Континентная илеостома с резервуаром по Коку (К-резервуар) <i>Шериф Шоки</i>	747

ЧАСТЬ VI. ЗАБОЛЕВАНИЯ ТАЗОВОГО ДНА	763
Глава 47. Выпадение прямой кишки <i>Трейси Халл, Джованна да Силва Саутвик</i>	765
Глава 48. Вентральная ректопексия <i>Шериф Шоки</i>	780
Глава 49. Сакральная нейромодуляция и сфинктеропластика при недержании кала <i>Лиза К. Хикман, Сесиль А. Феррандо</i>	801
Глава 50. Сложная реконструкция брюшной стенки после колоректальной хирургии <i>Клейтон С. Петро, Майкл Дж. Розен</i>	818
Глава 51. Запор <i>Трейси Халл</i>	839
Глава 52. Ботулинотерапия тазового дна и иглоукалывание <i>Массарат Зутши</i>	852
Глава 53. Брюшно-промежностная экстирпация <i>Эми Лайтнер</i>	859
Предметный указатель	867

ПРЕДИСЛОВИЕ К ИЗДАНИЮ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ

Уважаемые коллеги!

Современный мир отличается от того, каким он был еще три десятилетия назад, огромный поток информации, который буквально обрушивается на каждого из нас из интернета. Мы уже не задаем себе вопрос, где взять сведения по тому или иному интересующему нас вопросу, а просто набираем его в поисковой строке гаджета или компьютера и через мгновение получаем не один, а несколько или даже множество вариантов источников, которые предлагают несколько вариантов ответов. И здесь остро встает проблема доверия к источнику информации.

Это важно для всех медицинских специальностей, и колоректальная хирургия не является исключением из этого правила. Скорее, наоборот, являясь относительно молодой и быстро развивающейся областью специализированной хирургии, она в большей степени нуждается в опоре на базовые принципы, исходящие из надежных, лишенных искушения поймать сиюминутный успех или, выражаясь современным языком, хайп, источников.

Представляемая на ваш взыскательный суд книга коллектива авторов одной из самых авторитетных в колопроктологии клиник мира — отделения колопроктологии Кливлендской клиники (США), несомненно, соответствует самому главному критерию — надежности.

И это не единственное ее достоинство.

Чем еще мы руководствуемся при выборе источника знаний? Его информативностью и доступностью изложения информации. Для начинающего и маститого колоректального хирурга в своем развитии важно не только опираться на базовые знания, изложенные в концентрированном, ближе к справочному виде, но и иметь перед собой визуальную картину того или иного действия и способа его выполнения по ходу проводимой операции. Мы особенно нуждаемся в этом в затруднительных и нестандартных ситуациях, порой кажущихся совершенно уникальными. И тогда нам необходим совет бывалого, то есть прошедшего такой путь в прошлом хирурга. В представленном издании вы сможете найти описание множества приемов, приемчиков и различного рода блестяще иллюстрированных хирургических «трюков», освоив которые вы сможете преодолеть, казалось бы, невероятно сложные клинические ситуации и воспроизвести те выдающиеся результаты, которых удалось добиться коллективу колоректальных хирургов Кливлендской клиники, руководимому в разные годы такими выдающимися хирургами, как Руперт Торнболл и Виктор Фазио.

Нам, российским редакторам данного издания, остается только пожелать вам полностью погрузиться в совершенный по красоте мир технических приемов выполнения всего спектра колоректальных операций и перенести его в свои операционные.

*П.В. Царьков, профессор, доктор медицинских наук
И.А. Тулина, кандидат медицинских наук*

ПРЕДИСЛОВИЕ К ИЗДАНИЮ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

Для меня большая честь быть продолжателем легендарной традиции гигантов хирургии, которые были моими наставниками, и работать с выдающимися коллегами, достижения которых будут передаваться из поколения в поколение. В этом томе мы собрали некоторые советы и рекомендации Кливлендской клиники по уходу за пациентами с колоректальными заболеваниями.

Редактор: *Скотт Р. Стил, MD, MBA*

Помощники редактора: *Джеймс Черч, MBSChB, FRACS,*
Конор П. Делейни, MD,
Трейси Халл, MD,
Мэтью Ф. Калади, MD

ВСТУПЛЕНИЕ

В эту эпоху доказательной медицины большинство наших клинических решений основывается на полученных данных... и так должно быть. Однако при лечении пациентов мы еще раз убеждаемся в наличии вариаций в биологии человека, которые мы непременно учитываем в процессе ухода за пациентами. Полученные данные могут помочь нам продвинуться в практике колоректальной хирургии лишь на данный момент, и у нас есть все возможности для расширения нашей практики за счет клинической проницательности. Многие из заболеваний, которые мы лечим, проявляются и развиваются таким образом, что не описываются в обычных учебниках или последних обзорных статьях. Сложно представить, как можно учесть все тонкости и подобрать наиболее оптимальное лечение, чтобы получить наилучшие результаты. Мы обращаемся за советом к нашим более опытным партнерам и иногда звоним нашим наставникам, чтобы узнать их мнение. В этой книге редакторы собрали серию глав, посвященных колоректальным заболеваниям, которые написаны так, как если бы авторов попросили прокомментировать особенно трудные случаи. Этот том представляет собой квинтэссенцию клинических знаний, накопленных за годы практики в самом загруженном колоректальном отделении в мире.

При написании этой книги авторы хотели создать легкодоступное и понятное издание, которое позволит врачам реже обращаться к своим наставникам и экспертам за советами. Наши авторы объединили знания, полученные от собственных наставников, с личным клиническим опытом, чтобы дополнить информацию, содержащуюся в учебниках, обзорных статьях и экспериментальных исследованиях. Авторы описывают способы, которые они использовали для разрешения запутанных, опасных и необычных ситуаций, чтобы дать советы и рекомендации, которые вы можете использовать в аналогичных обстоятельствах. Многие советы, описанные в этой книге, получены от предыдущего поколения экспертов, в ней также есть советы, которые с годами были отфильтрованы, изменены по мере расширения понимания заболевания и знаний о лекарственных препаратах и оперативных методах, но все эти советы основаны на здравых принципах, которые лежат в основе целой династии врачей в Кливленде. Эта книга необычная, так как она содержит множество практических советов. Нам хочется верить, что и вы найдете ее очень нужной.

Джеймс Черч, MBSChB, FRACS

Ян Лавери, MD

Глава 4

Продвинутая эндолюминальная хирургия: эндоскопическая резекция слизистой оболочки и эндоскопическая диссекция подслизистого слоя

Эмре Горгун

Эндоскопическая резекция слизистой оболочки

Периоперационные рекомендации

- Процедура может проводиться в обычном кабинете эндоскопии с использованием седативных средств или в операционной под общей анестезией.
- Пациента следует расположить в зависимости от локализации поражения.
- Место поражения оптимально установить на 6 ч условного циферблата (то есть по нижней средней линии).
- Вводится колоноскоп, и в первую очередь проводится стандартное колоноскопическое обследование для выявления иных патологических изменений.

Оборудование

- Колоноскоп/эндоскоп.
- Метилтиониния хлорид (Метиленовый синий[★]) или краситель индигокармин, смешанный с местным анестетиком.
- Раствор Eleview или другой предварительно подготовленный раствор (по желанию) для введения в подслизистый слой.
- Необходимо заранее выбрать петли, корзины и инъекционные иглы для колоноскопа.
- Биполярный/монополярный блок.
- Эндоскопические зажимы.
- Специальная пробирка для сбора образцов.

Методика

- После стандартного колоноскопического обследования найдите поражение для эндоскопической резекции.



Рис. 4.1. Раствор гипромеллозы, который можно использовать для приготовления инъекционного раствора

- К инъекционному раствору добавляют метилтиониния хлорид (Метиленовый синий*) или краситель индигокармин, чтобы улучшить визуализацию поражения и нормальной слизистой оболочки (**рис. 4.1**).
- В качестве альтернативы можно использовать готовые растворы, такие как Eleview.
- После обнаружения очага поражения между слизистой и подслизистой оболочкой вводится специальный препарат.
- Инъекцию делают, начиная с труднодоступной области (обычно с орального/проксимального участка). Отрегулируйте кончик иглы по касательной к поражению.
- Раствор вводят по окружности вокруг очага поражения с отступом 2 мм.
- Будьте динамичны во время инъекции и отрегулируйте глубину и количество инъекции на основе визуальных признаков (**рис. 4.2**).

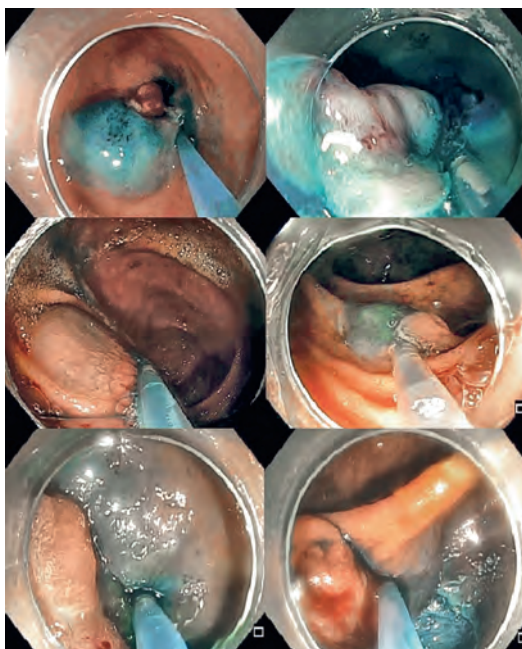


Рис. 4.2. Инъекцию делают по окружности вокруг образования и продолжают до тех пор, пока не будет наблюдаться возвышение слизистой оболочки

- Инъекции прекращаются, когда образование достаточно приподнято и подходит для резекции.
- Выберите размер и форму петли в соответствии с размерами опухоли (**рис. 4.3**).
- Выбор петли для удаления зависит от намерений удалить образования частями или единым блоком и определяется размером и местом расположения опухоли.
- Начинайте удалять опухоль с труднодоступного края. При резекции необходимо удалять 2–3 мм нормального края слизистой оболочки.
- Полностью откройте петлю перед наведением на опухоль и поместите петлю на ее вершину (**рис. 4.4**).
- После помещения иссекаемого участка опухоли в петлю последнюю удерживают параллельно, затем немного наклоняют и плотно закрывают.
- Во время удаления полипа с помощью петли при необходимости сделайте дополнительные инъекции. Это может потребоваться, если инъекцион-

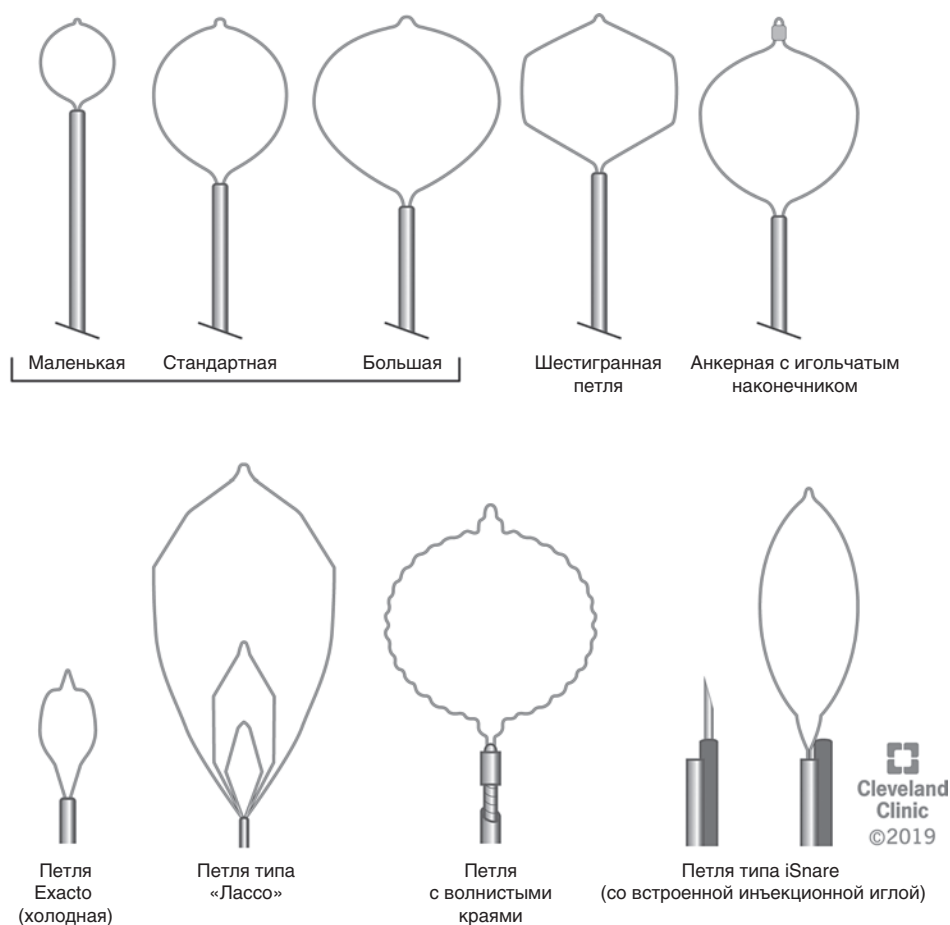


Рис. 4.3. Существуют различные типы петель для поражений разного размера и формы. Петлю следует выбирать в зависимости от характеристик опухоли

ный раствор растекся или если требуются дополнительное поднятие и демаркация очага поражения.

- Повторяйте инъекции, пока поражение не будет полностью удалено.
- Каждый раз после удаления участка опухоли петлей промывайте иссекаемую область изотоническим раствором натрия хлорида и осматривайте место резекции на предмет любых дефектов или оставшейся опухоли.
- Используйте коагуляцию кончиком петли или зажимом для остановки кровотечения и уменьшения риска рецидива аденомы (**рис. 4.5**).

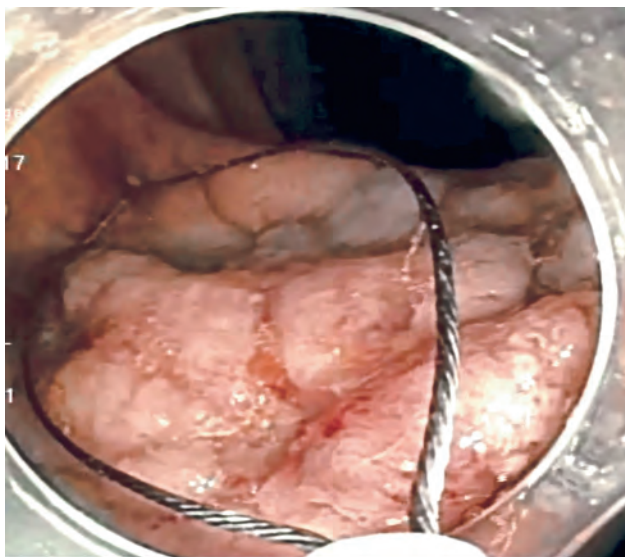


Рис. 4.4. После завершения инъекции петля наводится сначала на вершину поражения, а затем на все поражение, после чего петля закрывается

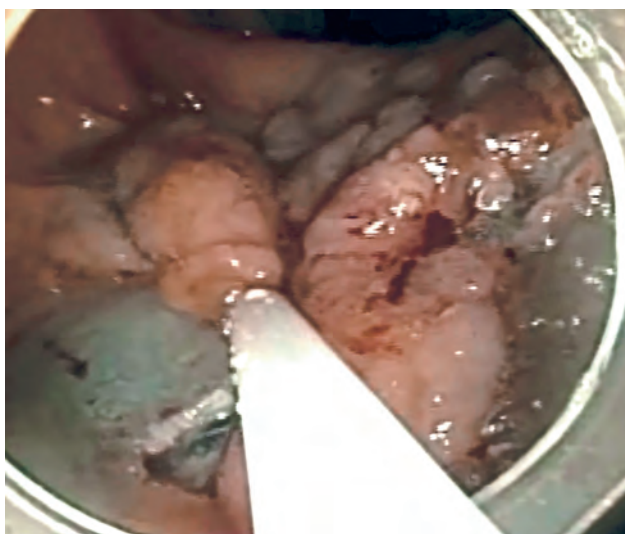


Рис. 4.5. Закройте петлю и по частям иссеките поражение

Особенности и предостережения

- Во время инъекции будьте динамичны. Начните вводить раствор и медленно вытаскивайте иглу.
- Избегайте чрезмерной инъекции, так как это может заблокировать обзор во время иссечения поражения.
- Если поражение не поднимается (то есть признак отсутствия подъема), прекратите процедуру или в отдельных случаях рассмотрите возможность эндоскопической диссекции подслизистого слоя, поскольку это может указывать на подслизистый фиброз из-за лежащих в основе рубцов или поражение с высоким риском злокачественности.
- Злокачественное поражение с признаком отсутствия поднятия может потребовать расширенной хирургической резекции.
- Используйте эндоскопические гемостатические щипцы или коагуляционный зажим, если коагуляции недостаточно для установления гемостаза.
- Убедитесь, что большая часть поражения собрана через всасывающий канал и что для забора образцов используется специальная пробирка; если есть более крупные фрагменты поражения, используйте эндоскопическую захват-корзину Roth Net или другие эндоскопические корзины.

Эндоскопическая диссекция подслизистого слоя

Периоперационные рекомендации

- Процедура может проводиться в обычном кабинете эндоскопии с использованием седативных средств или в операционной под наркозом.
- На начальном этапе обучения эндоскопической диссекции подслизистого слоя рекомендовано проведение процедуры в условиях операционной с возможной лапароскопией.
- Выбирайте место проведения процедуры исходя из вероятности диссекции по всей толщине слоя и общего состояния пациента. Ранее иссеченные и рубцовые поражения обычно прилипают к мышечному слою и могут не попасть в подслизистую плоскость.
- За пациентом следует наблюдать в течение как минимум 4 ч после процедуры, если возникают какие-либо опасения, пациента следует оставить в лечебном учреждении на ночь.
- Регулируемая по высоте кушетка для осмотра очень важна для комфорта и эргономики врача-эндоскописта.
- При выполнении стандартной колоноскопии перед операцией в эндоскопическом кабинете эндоскопист обычно стоит справа от пациента, а в операционной — между ног пациента.
- Оставьте опору для ног операционного стола на месте и сдвиньте пациента по столу вниз. Это позволит нижней части операционного стола поддерживать ту часть колоноскопа, которая не вставлена, обеспечивая стабильность.
- Измените положение пациента в соответствии с расположением поражения и при необходимости надавите на живот для лучшей визуализации.
- Во время процедуры стремитесь к тому, чтобы поражение находилось на 6 ч условного циферблата (то есть по средней нижней линии).

- Для эндоскопической резекции слизистой оболочки и для эндоскопической диссекции подслизистого слоя используются разные инъекции.
- В нашей практике мы используем 100 мл гидроксиэтилкрахмала и 1 мл 0,1% раствора эпинефрина (Адреналина[★]), однако в настоящее время доступны различные растворы, которые можно использовать для приготовления инъекционного препарата.
- Для улучшения визуализации в инъекционный раствор добавляется метилтиониния хлорид (Метиленовый синий[★]) или краситель индигокармин.
- В качестве альтернативы можно использовать инъекции, содержащие глицерол (Глицерин[★]), гиалуроновую кислоту, растворы альбумина и стерильный изотонический раствор натрия хлорида, в зависимости от доступности и стоимости.
- Гипромеллоза в 6–8-кратном разведении стерильным изотоническим раствором натрия хлорида может быть выбрана в качестве недорогой альтернативы.
- В качестве альтернативы также можно использовать предварительно приготовленные растворы, недавно одобренные Федеральной службой США, контролирующей производство, хранение и реализацию пищевых продуктов, лекарственных препаратов и косметических средств, например раствор Eleview.

Оборудование

- Колоноскоп.
- Метилтиониния хлорид (Метиленовый синий[★]) или краситель индигокармин, смешанный с местной анестезией.
- Раствор Eleview или другой предварительно подготовленный раствор (по желанию).
- Необходимо заранее выбрать петли, корзины и инъекционные иглы для колоноскопа.
- Биполярный/монопольный блок.
- Гидроксиэтилкрахмал 100 мл и раствор 0,1% эпинефрина (Адреналина[★]) 1 мл.
- Электрохирургический нож DualKnife (производитель Olympus America Inc., Центр Вэлли, Пенсильвания, США) или электрохирургический нож-крючок HookKnife (производитель Olympus America Inc., Центр Вэлли, Пенсильвания, США).
- Доступные платформы, такие как DiLumen или ORISE.
- Доступные эндоскопические клипсы или эндоскопические щипцы.

Методика (рис. 4.6)

- Определите технику инъекции, основываясь на расположении и форме поражения.
- Если полип расположен на складке, место первичной инъекции должно располагаться вдоль дальнего края (орального участка) поражения, чтобы он в последующем не закрыл обзор.
- В подслизистую основу с помощью инъекционной иглы вводят 100 мл гидроксиэтилкрахмала и 1 мл 0,1% раствора эпинефрина (Адреналина[★]) или легко смешиваемого раствора.

- Продвигайте инъекционную иглу по касательной к слизистой оболочке (**рис. 4.7**).
- Ассистент помогает продвинуть иглу в слизисто-подслизистую область, чтобы создать подушку из раствора в подслизистом слое.
- Начните инъекцию и осмотрите поражение на предмет приподнятия слизистой оболочки.
- Недостаточная высота может быть обусловлена инъекцией не в тот слой.
- Переставьте иглу и сделайте инъекцию снова.
- Продолжайте вводить раствор в подслизистое пространство, меняя положение иглы (**рис. 4.8**).

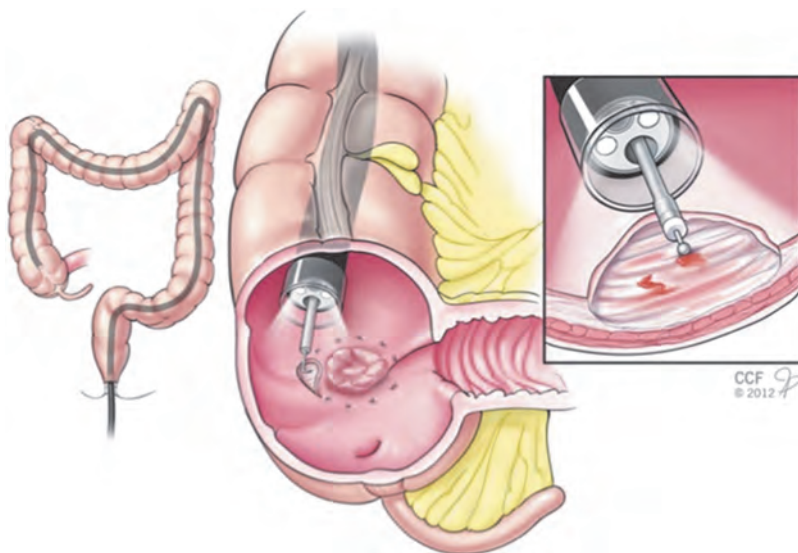


Рис. 4.6. Эндоскопическая диссекция подслизистого слоя

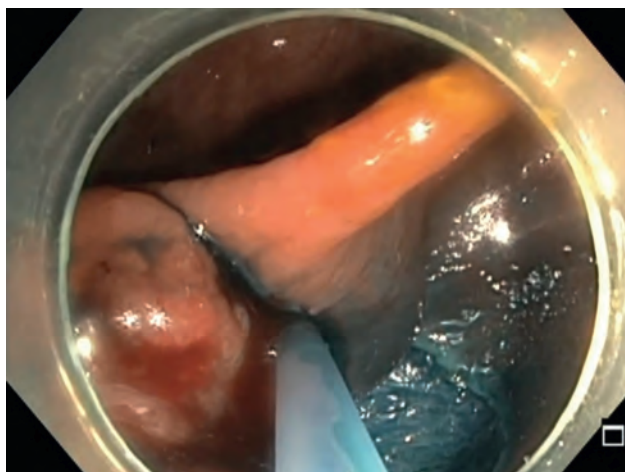


Рис. 4.7. Продвиньте инъекционную иглу и начните вводить раствор. Перемещайте иглу и повторяйте инъекции для образований, расположенных в сложных местах, таких как складки

Диссекция

- После образования подушки из раствора в подслизистом слое начните диссекцию с разметки границы резекции с помощью кругового разреза.
- Для диссекции можно использовать электрохирургический нож DualKnife (производитель Olympus America Inc., Центр Вэлли, Пенсильвания, США) или электрохирургический нож-крючок HookKnife (производитель Olympus America Inc., Центр Вэлли, Пенсильвания, США) (**рис. 4.9**).

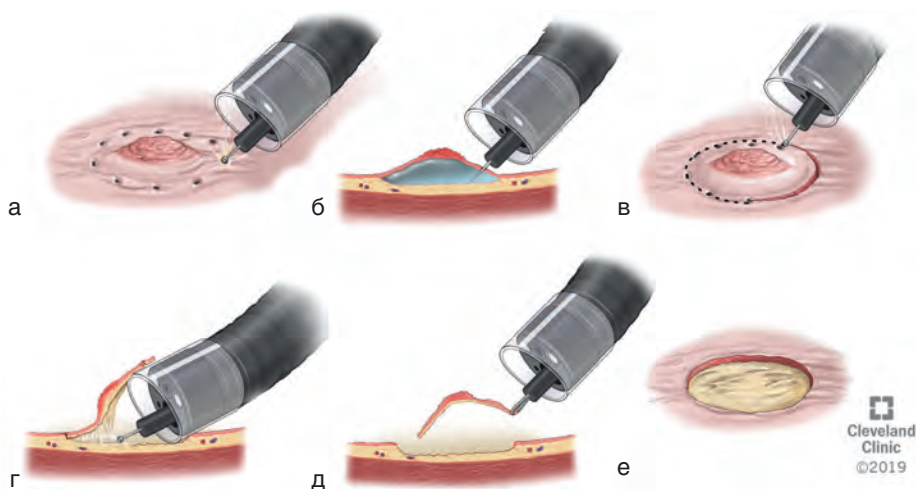


Рис. 4.8. Этапы эндоскопической диссекции в подслизистом слое: а — маркировка; б — введение окрашенного раствора; в — разрез; г — диссекция; д — захват удаленного образования пораженного материала; е — остановка кровотечения

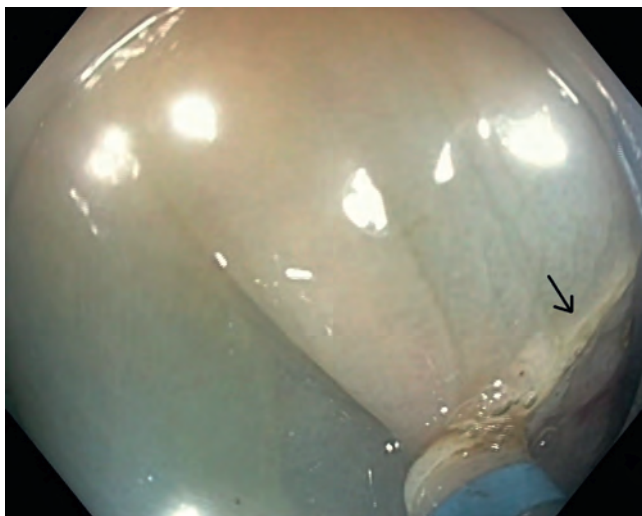


Рис. 4.9. После завершения адекватной инъекции диссекция начинается с кругового разреза. Частично выполненный разрез с помощью ножа DualKnife можно увидеть в правом нижнем углу изображения

- После надреза вдоль нижней части опухоли углубите диссекцию до подслизистого пространства.
- После достижения подслизистой оболочки продолжайте движение по всей длине разреза, ориентируясь на подслизистую плоскость, окрашенную синим красителем. На этом этапе прозрачный одноразовый колпачок на конце колоноскопа помогает создать тракцию и контртракцию, что облегчает ориентирование в слоях диссекции (**рис. 4.10**).
- Когда необходимо, платформы DiLumen или ORISE могут использоваться для стабильной визуализации линии резекции.
- Эти платформы также можно использовать для тракции-контртракции (**рис. 4.11**).
- После удаления всех иссеченных фрагментов необходимо промыть ложе удаленной опухоли, добиться его хорошей визуализации и остановить кровотечение.
- Всегда держите инструмент для диссекции по касательной к подслизистой основе, чтобы предотвратить продвижение диссекции вглубь мышечного слоя.

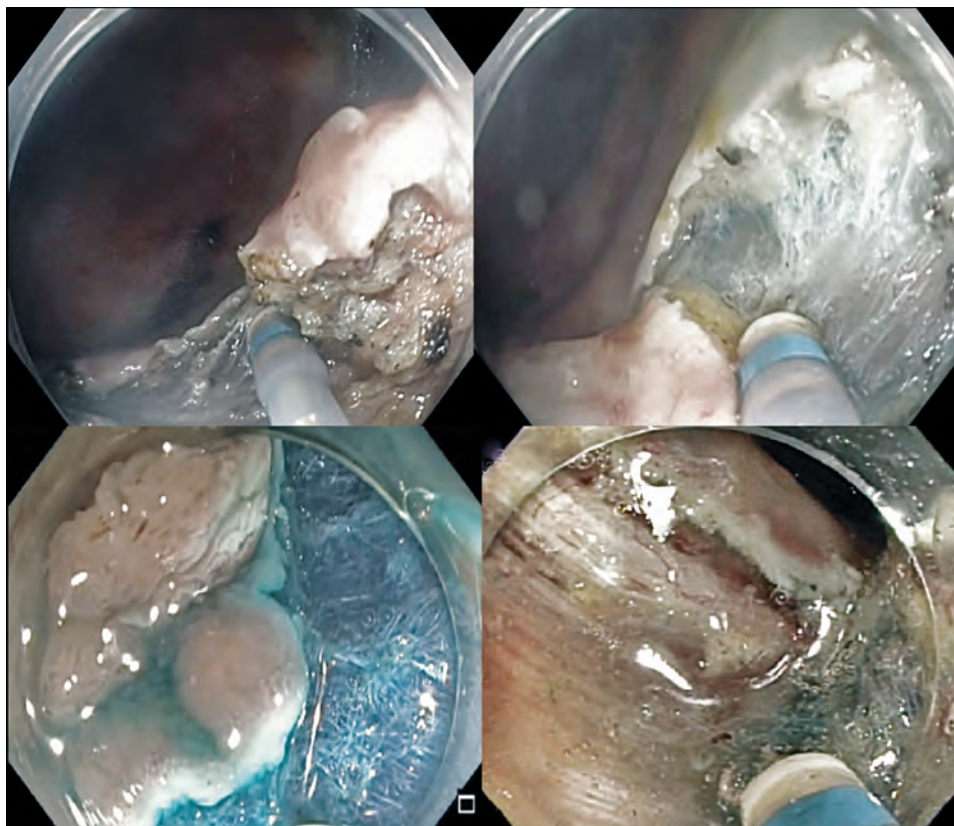


Рис. 4.10. После кругового разреза проводится диссекция подслизистого слоя с ориентировкой на синий краситель для выделения в правильной плоскости. Дистальный одноразовый колпачок используется для правильной диссекции

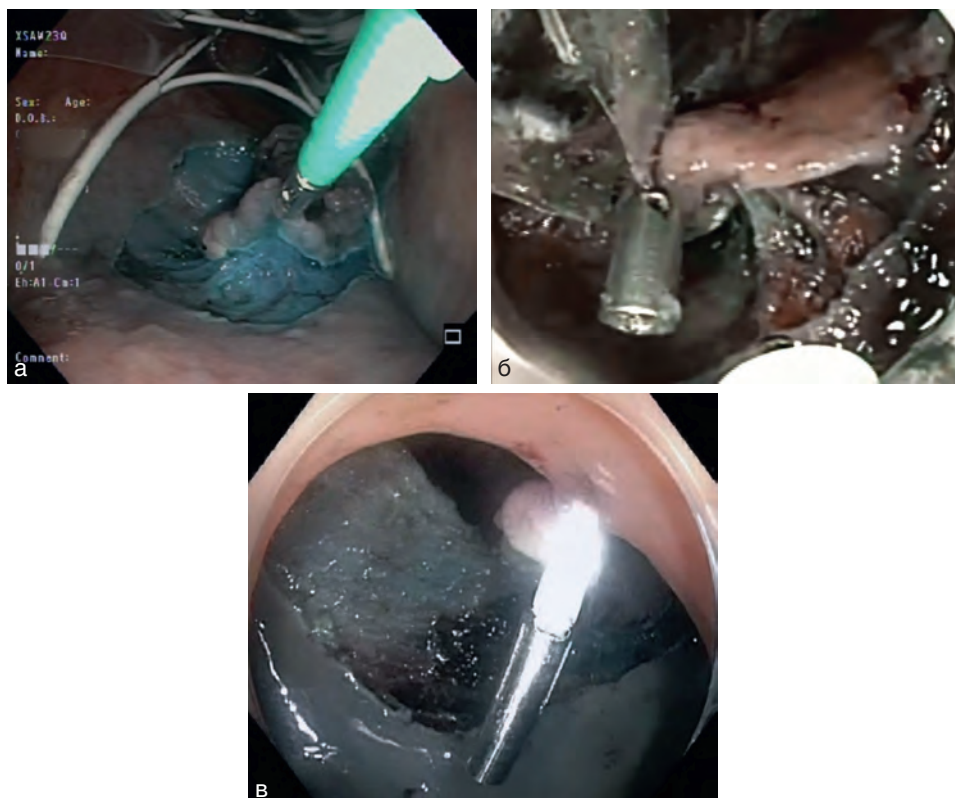


Рис. 4.11. Для достижения тракции могут использоваться: а — платформа ORISE; б — баллонный ретрактор DiLumen; в — тракция с помощью фиксации края резекции к стенке кишки методом клипирования

- Продолжайте диссекцию в подслизистом слое, пока полностью не иссечете поражение.
- Для больших очагов поражения или при развитии осложнений при необходимости примените гибридный метод для завершения диссекции с использованием петли (**рис. 4.12**).
- Используйте зажим для остановки крови, чтобы остановить любое, даже незначительное кровотечение.
- Используйте эндоскопические гемостатические щипцы, если какие-либо дефекты наблюдаются в области глубже подслизистого слоя.
- Эндоскопические клипсы также могут использоваться при более крупных поражениях (**рис. 4.13**).

Лечение в послеоперационном периоде

- Большинство пациентов, которым проводится эндоскопическая резекция слизистой оболочки, могут быть безопасно выписаны в день процедуры.
- Пациенты, которым проводится эндоскопическая резекция слизистой оболочки, должны быть под наблюдением в течение 24 ч.

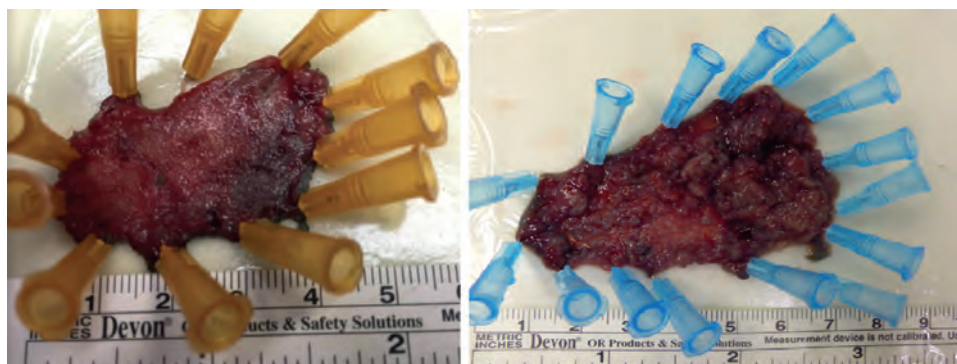


Рис. 4.12. Эндоскопическая диссекция подслизистого слоя позволяет удалить поражение единым блоком

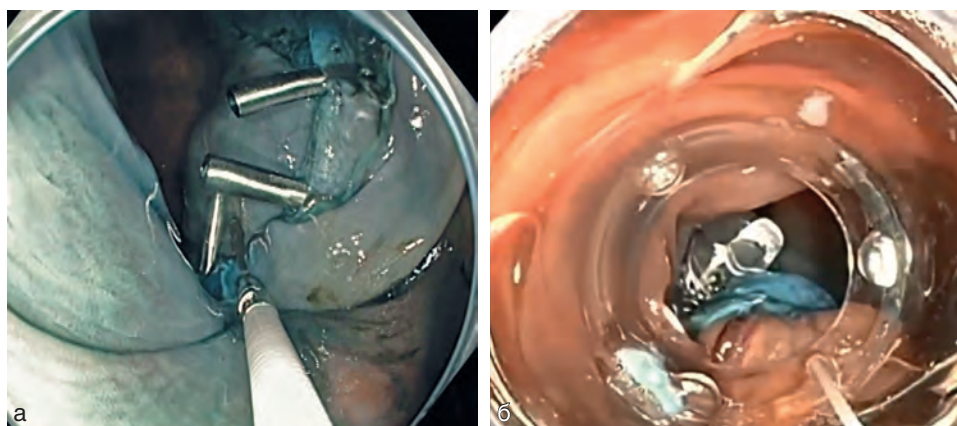


Рис. 4.13. Для закрытия иссекаемого участка после эндоскопической диссекции подслизистого слоя можно использовать гемостатические щипцы (а) или эндоскопические клипсы (б)

- Как правило, длительный периоперационный прием антибиотиков не требуется.
- Пациенты могут вернуться к привычному режиму питания сразу после операции, за исключением тех, кому проводилась резекция на всю толщину слоя кишечника. Такие пациенты могут принять пищу с момента улучшения состояния, а затем, после подтверждения стабильности состояния, могут вернуться к привычному режиму питания.
- Последующее наблюдение пациентов после эндоскопического удаления новообразований толстой кишки важно для определения дальнейшего лечения в случае обнаружения злокачественной опухоли или необходимости повторной резекции.

РЕКОМЕНДОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Benlice C., Gorgun E. Endoscopic mucosal dissection. In: Lee S.W., Ross H.M., Rivadeneira D.E., Steele S.R., Feingold D.L., eds. Advanced Colonoscopy and Endoluminal Surgery. Cham, Switzerland: Springer Publishing; 2017:159–169.
2. Gamaledin M., Benlice C., Delaney C.P., Steele S., Gorgun E. Management of the colorectal polyp referred for resection: a case-matched comparison of advanced endoscopic surgery and laparoscopic colectomy. *Surgery*. 2018;163(3):522–527.
3. Gorgun E., Benlice C., Abbas M.A., Steele S. Experience in colon sparing surgery in North America: advanced endoscopic approaches for complex colorectal lesions. *Surg Endosc*. 2018;32(7):3114–3121.