

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛАТЕРАЛЬНО РАСТУЩИХ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ.

Введение. Согласно современным представлениям ворсинчатые опухоли, особенно больших размеров, рассматриваются как облигатный рак толстой кишки, из-за чего они подлежат хирургическому лечению. Следует отметить, что до сих пор существует ряд вопросов диагностического и лечебного характера, особенно в случаях латерально растущих. Во многих случаях данный вид опухолей достигает значительных размеров, нередко с явлениями злокачественной трансформации. Основной причиной поздней диагностики является скудная клиническая картина, не побуждающая пациента к своевременному обращению за медицинской помощью.

Цель. Оценить возможности эндоскопической диагностики и лечения латерально растущих больших ворсинчатых опухолей (более 3,0см) толстой кишки с учетом ближайших и отдаленных результатов.

Материалы и методы. Среди 268 пациентов с ворсинчатыми опухолями толстой кишки больших размеров, оперированных в эндоскопическом отделении 3 ГKB г.Минска с 2004 по 2014гг. латеральный рост опухоли имел место в 93(34,7%) случаях. Перед тем как произвести эндоскопическое удаление опухоли всем больным выполнялась диагностическая видеокOLONOSКОПИЯ с множественной биопсией для исключения малигнизации. Для этой цели мы пользовались колоноскопами высокой разрешающей способности, позволяющими осматривать просвет толстой кишки как в белом, так и в узком спектре света, т.е. прибегая к виртуальной видеохромоскопии. Если при обычном свете латерально распространяющаяся опухоль и ее границы четко не дифференцировались, то в узком спектре света граница между здоровой и пораженной слизистой была четко видна. Для диагностики данного вида опухоли мы, как правило, использовали видеокOLONOSКОП фирмы Fujinon 4400 серии EC-450WL и EC-530FL. Окончательно о природе опухоли судили на основании гистологического исследования удаленного препарата. По морфологической картине это были тубулярно-папиллярные или папиллярные аденомы. В зависимости от способа удаления ворсинчатых опухолей с латеральным ростом мы всех пациентов разделили на две группы. В первую вошли 32 (34,4%) наблюдения, где была использована только электроэксцизия опухоли. Во второй 61 (65,6%) - она сочеталась с лазерной вапоризацией. В обеих группах перед удалением образования проводили гидродиссекцию путем введения физиологического раствора под слизистую в зоне опухоли, отслаивая ее тем самым от подслизистого слоя. Это было своеобразным диагностическим приемом, позволяло исключить инвазию в подслизистый слой, а значит, говорило о доброкачественной природе опухоли. Помимо этого облегчало ее удаление и служило профилактикой перфорации кишки. Качество иссечения опухоли во всех группах контролировалось с помощью электронной

хромозендоскопии. Лазерная вапоризация проводилась JAG-неодимовым лазером.

Все пациенты после удаления ворсинчатых опухолей толстой кишки, независимо от методов удаления, находились на диспансерном наблюдении в течение первых пяти лет с обязательным видео и морфологическим контролем зоны оперативного вмешательства.

Результаты и обсуждение. При изучении места расположения латеральных ворсинчатых опухолей было установлено, что опухоль наиболее часто располагалась в ректосигмоидном отделе и сигмовидной кишке. Возраст пациентов варьировал от 31 до 84 лет.

Аналізу подлежали латерально распространяющиеся опухоли, занимавшие половину или более половины окружности кишки. При таких размерах опухоли, до недавнего времени пациентов, как правило, направляли на традиционную операцию для удаления ее посредством колотомии или парциальной резекции кишки.

Пациентам первой группы(32 набл.) во всех случаях проведена электроэксцизия опухоли в чистом виде.

Во второй группе (61набл.) опухоль также была удалена с помощью диатермической петли. Спустя 6-10 дней пациенту повторно выполнялась видеокOLONOSКОПИЯ, оценивался визуально и с помощью видеохромоскопии местный статус в зоне удаленной опухоли и весь край раневой поверхности подвергали лазерной вапоризации с помощью JAG-неодимового лазера. Время операции (электроэксцизии опухоли) в первой и второй группах не отличалось и в среднем составило от 15 до 40 минут. Лазерная вапоризация, проводившаяся во второй группе, занимала, как правило, не более 15 минут. Интраоперационный и послеоперационный периоды протекали удовлетворительно. Пациенты первой группы выписаны из стационара на вторые сутки после операции, а второй - на 8-11 сутки, в связи с отсроченностью второго этапа операции. Послеоперационные осложнения и летальность были равны нулю. При гистологическом исследовании удаленных и извлеченных фрагментов доброкачественная природа опухоли была в 92(98,92%) случаях наблюдений. Лишь у 1(1,08%) пациента отмечена малигнизация опухоли, представленная высокодифференцированной аденокарциномой. Он был успешно оперирован в онкологическом стационаре. При контрольных эндоскопических исследованиях в течение первого года после удаления ворсинчатых опухолей с забором материала для морфологического исследования у 21 (22,6%) выявлен рецидив заболевания на месте ранее расположенной опухоли. Это были пациенты первой группы, у которых для удаления опухоли применялась только электроэксцизия. Во второй группе рецидивов не было отмечено ни в одном случае, что указывает на целесообразность двухэтапного лечения, заключающегося в сочетании электроэксцизии и лазерной вапоризации.

Выводы.

1. Применение видеокOLONOSКОПИИ в сочетании с виртуальной видеохромоскопией обеспечивает эффективную диагностику латерально растущих ворсинчатых опухолей толстой кишки, определения их границ, что весьма важно для выбора способа их удаления.
2. Для эндоскопического удаления латерально растущих ворсинчатых опухолей больших размеров без признаков малигнизации, целесообразно применять двухэтапный комбинированный метод лечения, включающий на первом этапе электроэксцизию диатермической петлей, а на втором - лазерную вапоризацию.

Использование только электроэксцизии в качестве моно метода в 22,6 % случаев сопровождалось рецидивом опухоли в течение года наблюдения.

3. Предложенный метод эндоскопического удаления латерально растущих ворсинчатых опухолей, несмотря на большие размеры, является малоинвазивным, достаточно безопасным оперативным вмешательством, позволяющим получить хорошие ближайшие и отдаленные результаты и в большинстве случаев избавлять пациентов от необходимости выполнения травматичных интраабдоминальных операций.