

ЛАЗЕРНАЯ АБЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

¹Бухтаревич С.П., ^{1,2}Денисенко В.Л., ³Гаин Ю.М.

¹УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»
г.Витебск, Республика Беларусь

²УО «Витебский государственный медицинский университет» г.Витебск,
Республика Беларусь

³ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г.Минск, Республика Беларусь

Актуальность. По данным отечественных и зарубежных авторов ворсинчатые опухоли прямой и ободочной кишок представляют собой новообразования с выраженным экзофитным ростом, мелкодольчатым строением или имеют форму стелющейся опухоли. Размер ворсинчатых опухолей может достигать 7-9 см в диаметре и более [1]. Процент малигнизации ворсинчатых опухолей достигает от 19% до 95% [2]. Принимая во внимание высокий уровень озлокачествления тубулярно-ворсинчатых аденом становится актуальным вопрос эффективного лечения данной патологии. Особый интерес вызывают образования более 2 см в диаметре имеющие стелющийся характер. В лечении доброкачественных новообразований прямой и ободочной кишки наиболее часто используются электрохирургические вмешательства с использованием эндоскопической техники. Рецидивы заболевания по данным авторов составляют до 4,8%. Существует высокий риск операционных (перфорация стенки кишки, кровотечение) и послеоперационных (рубцовая стриктура) осложнений при одномоментной эксцизии таких образований [3]. Все это послужило к поиску новых методов лечения данной патологии.

Цель исследования. В сравнительном аспекте оценить эффективность лазерной абляции в лечении ворсинчатых опухолей прямой и ободочной кишки.

Материалы и методы. Проведено лечение 102 пациентов в УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр» с 2008 по 2020 года с ворсинчатыми опухолями прямой и ободочной кишки, которые разделены на 2 группы. В основную группу вошли 52 пациента в возрасте $65,6 \pm 12,5$ лет, в лечении которых использована комбинация двух методов: эндоскопической эксцизии эндоскопической петлей и лазерной вапоризации опухоли. Вторую группу составили 50 пациентов в возрасте $59,2 \pm 11,9$ лет, лечение которых проводилось только с использованием электроэксцизии опухоли. Ворсинчатые образования имели довольно крупные размеры: от 1,5 до 8-9 см в диаметре. Основание опухоли в отдельных случаях занимало до половины просвета кишки,

протяженность достигала 8-9 см. В зависимости от объема и доступности опухоли удаление производили в один этап или многоэтапно. Ворсинчатые опухоли удаляли с помощью эндоскопической эксцизионной петли и лазерного аппарата «Фотэк ЛК-50» («Медиола-Эндо»), использован импульсный режим генерации энергии (длина волны 1,064 и 1,34 мкм, мощность – 15-20 Вт, частота повторения импульсов на максимальной мощности излучения – до 50 Гц, максимальная энергия импульса – 1,2 Дж, длительность импульса – 300 мсек) и электрокоагулятор «PSD-10». Основными этапами эндоскопического удаления крупных аденом с различной степенью подслизистого склероза являлись: петлевая фрагментарная электрорезекция экзофитной части опухоли, лазерная термальная абляция основания опухоли в зоне подслизистого склероза.

Результаты. В результате анализа проведенного лечения установлено, что ворсинчатые образования размером до 2-3 см в диаметре, в большинстве случаев, можно удалить в течении одной процедуры. Опухоли, размеры которых превышают 3 см, удаляли в несколько этапов. Лазерная вапоризация применялась только у пациентов первой группы; лазерная абляция использовалась при вапоризации основания опухоли после эндоскопической эксцизии основной части образования петлей. Среди пациентов первой группы подслизистый склероз был выявлен у 25 человек. При лазерной абляции у этих пациентов применены два варианта длины волны (1,34 мкм и 1,06 мкм), имеющие разную глубину проникновения. Контрольное обследование проведено через 6 и 12 мес. Рецидив заболевания выявлен у одного пациента основной группы через 6 мес. У пациентов группы сравнения подслизистый склероз был выявлен у 16 человек. У 7 человек опухоль удалить не удалось из-за выраженного подслизистого склероза; у 4 пациентов был выявлен рецидив при контрольном обследовании через 6 мес. У пациентов первой группы опухоли чаще удалялись в несколько этапов. Лучший гемостаз при удалении опухолей был достигнут у пациентов первой группы при использовании лазерного излучения.

Выводы. Применение лазерной абляции в лечении ворсинчатых опухолей прямой и ободочной кишки позволяет повысить эффективность радикального эндоскопического удаления ворсинчатых опухолей толстой кишки, снизить частоту рецидивов заболевания.