

КОМБИНИРОВАННОЕ ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

**Бухтаревич С.П.¹, Денисенко В.Л.^{1,2}, Гаин Ю.М.³, Каляда П.С.¹,
Фролов Л.А.^{1,2}, Чепик К.О.²**

¹УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»,

²Витебский государственный медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь;

³Белорусский государственный медицинский университет,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. В современном мире существуют различные варианты лечения ворсинчатых образований толстой и прямой кишки. Для неоплазий размером 1,0-1,5 см в диаметре оптимальным методом полипэктомии является эндоскопическая резекция слизистой толстой кишки [1]. При росте доброкачественных неоплазий и увеличении размеров до 3,0 см в диаметре и более меняется их гистологическая однородность и возрастает риск малигнизации данных образований. Неоплазии больших размеров могут приводить к перекрытию просвета кишки, вызывая клинику непроходимости, и требуют в своём лечении методики, позволяющие радикально удалить образование [2]. Резекция кишки является радикальным и травматичным методом, влекущим за собой высокий риск ряд осложнений в послеоперационном периоде, длительный реабилитационный этап пациентов. В эндоскопии применяется широкий спектр малоинвазивных органосохраняющих методик при лечении доброкачественных неоплазий: электроэксцизия эндоскопической петлей, диатермокоагуляция, фульгурация, радиочастотная абляция, лазерная вапоризация [3]. Эндоскопические вмешательства легче переносятся пациентами, малотравматичны, имеют менее длительный период реабилитации. Тем не менее существующие эндоскопические методики при

лечении больших ворсинчатых образований несовершенны из-за высокого процента рецидивов [3].

Цель. Оценить эффективность разработанной методики при удалении неоплазии без макроскопических признаков малигнизации.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Витебского областного клинического специализированного центра. Проведен анализ работы за период с 1995 года по настоящее время. В исследовании участвовали пациенты с ворсинчатыми опухолями прямой и ободочной кишки. Опухоли удаляли с помощью лазерного аппарата «Фотэк АК-50» («Медиола-Эндо») импульсный режим генерации энергии (длина волны 1,064 мкм и 1,34 мкм, мощность – 20-25 Вт, частота повторения импульсов на максимальной мощности излучения – до 50 Гц, максимальная энергия импульса – 1,2 Дж, длительность импульса – 300 мсек) и электрогенератора «PSD-10». частота 500 kHz, мощность резания 80W, коагуляции 40W, смешанный режим 60W. Комбинированная этапная эндоскопическая полипэктомия крупных неоплазий толстой кишки характеризуется следующей последовательностью: позиционирование опухоли дистальнее конца эндоскопа на 1,5-2 см, лифтинг слизистой путём создания гидравлической подушки в подслизистом слое с использованием эндоскопического инъектора и физиологического раствора, одномоментная или фрагментарная эксцизия экзофитной части опухоли диатермической петлей с использованием смешанного режима резания и коагуляции электрогенератора «OLIMPUS PSD-10» или аналогичного, лазерная вапоризация основания опухоли (в рамках исследования кварцевый световод лазерного аппарата «Фотэк АК-50» («Медиола-Эндо») помещался в тефлоновый кожух и проводился к основанию неоплазии через биопсийный канал эндоскопа, вапоризация проводилась в импульсном режиме генерации энергии (длина волны 1,064 мкм и 1,34 мкм, мощность – 20-25 Вт.), удаление препарата с использованием эндоскопических захватов (петля, корзинка).

Пациенты разделены на 2 группы. Первую группу составило 95 пациентов, лечение которых проводилось только с использованием эндоскопической петли и резекции слизистой толстой кишки. Вторую группу составил 41 пациент, их лечение проходило с использованием комбинации эндоскопической резекции слизистой кишки эндоскопической петлей и лазерной вапоризации основания опухоли. Размеры ворсинчатых неоплазий находились в диапазоне от 1,0 до 10,0 см в диаметре. В зависимости от размера опухоли удаление производилось одномоментно или в несколько этапов.

Результаты и обсуждение. Легкодоступные неоплазии до 3 см в диаметре удаляли в рамках одной процедуры. Образования с основанием диаметром 3 см и более удаляли в несколько этапов при первой госпитализации. При использовании лазерной вапоризации в лечении пациентов второй группы применялось две длины волны: 1,34 мкм и 1,06 мкм. Длину волны 1,34 мкм использовали для вапоризации основания опухоли, поскольку глубина проникновения энергии при этом ограничена 1,5-2 мм. Длину волны 1,06 мкм использовали при вапоризации тканей опухоли, располагавшихся по периферии её основания, поскольку глубина проникновения энергии при этом составляла 3-4 мм. Данный подход позволяет избирательно и осторожно производить вапоризацию тканей в зоне дна и краёв основания опухоли, имеющего разную высоту тканей. Лучший гемостаз был достигнут у пациентов второй группы благодаря применению лазерной вапоризации.

Выводы. Методика комбинированного этапного эндоскопического лечения ворсинчатых опухолей толстой кишки с использованием лазерного аппарата

«Медиола-Эндо» является малоинвазивной, легко переносится пациентами и позволяет снизить частоту рецидивов.

Литература:

1. Treatment of rectal cancer by transanal endoscopic microsurgery: Experience with 425 patients / M. Guerrieri [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2014. – Vol. 20, № 28. – P. 9556–9563. doi: 10.3748/wjg.v20.i28.9556
2. Wide-field endoscopic mucosal resection versus endoscopic submucosal dissection for laterally spreading colorectal lesions: a cost-effectiveness analysis / F. F. Bahin [et al.] // Gut. – 2018. – Vol. 67, № 11. – P. 1965–1973. doi: 10.1136/gutjnl-2017-313823
3. Width and depth of resection for small colorectal polyps: hot versus cold snare polypectomy / S. Suzuki [et al.] // Gastrointestinal Endoscopy. – 2018. – Vol. 87, № 4. – P. 1095–1103. doi: 10.1016/j.gie.2017.10.041

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ
НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

*Материалы 80-ой научной сессии, посвященной
90-летию образования ВГМУ
(29-30 января 2025 года)*

**ВИТЕБСК
2025**