

# ВЫБОР ТАКТИКИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ВОРСИНЧАТЫХ АДЕНОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Муковозова И. Л., Рычагов Г. П.

2-я городская клиническая больница, г. Минск, Республика Беларусь  
УО «Белорусский государственный медицинский университет»

**Актуальность темы.** Во всем мире, несмотря на улучшение и доступность диагностики, отмечается значительный рост колоректального рака. В связи с этим крайне необходима онкологическая настороженность, направленная на раннее выявление предраковых заболеваний и ранних форм рака. Основной причиной поздней диагностики является скудная клиническая картина, которая не заставляет пациента своевременно обращаться за медицинской помощью. «Золотым стандартом» по профилактике колоректального рака является эндоскопическое выявление и удаление доброкачественных новообразований толстой кишки. Использование новейших эндоскопических методик позволяет обеспечить малотравматичное лечение пациентов, сохранение высокого качества жизни.

**Цель исследования:** определить критерии выбора способа лечения пациентов с рецидивирующими неопластическими новообразованиями толстой кишки и дать оценку ближайшим результатам эндоскопического лечения.

**Материал и методы.** За период с 2008 по 2018 гг. в эндоскопическое отделение 3 ГКБ г. Минска обратились 67 пациентов, которым ранее было выполнено эндоскопическое удаление ворсинчатых или тубуловорсинчатых аденом с неудовлетворительным результатом. Имел место рецидив новообразования. По Парижской классификации, это были типы 0-IIa, 0-IIa+Is, LST. Всем пациентам выполнена видеокOLONоскопия с повторным удалением новообразования. В зависимости от метода лечения пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошло 32 пациента. Им была выполнена эндоскопическая резекция слизистой с опухолью. Во

вторую группу вошли 35 пациентов. Этим пациентам выполнена комбинированная методика – удаление основной массы опухоли эндоскопической резекцией слизистой с лазерной вапоризацией опухоли в области рубцовых изменений.

На амбулаторном этапе всем пациентам была выполнена колоноскопия, множественная биопсия с подтверждением доброкачественности процесса.

На этапе оперативного вмешательства выполнялась цифровая хромоскопия для оценки ангиоархитектоники. «Виртуальная хромоскопия» достигает эффекта контрастирования рельефа слизистой оболочки и ее сосудистой сети за счет применения специальных светофильтров в эндоскопических системах или компьютерной обработки получаемого изображения, который поглощается гемоглобином крови в сосудах на разной глубине.

Все пациенты после удаления ворсинчатых опухолей толстой кишки, независимо от метода удаления, находились на диспансерном наблюдении в течение первых двух лет после оперативного вмешательства с обязательным морфологическим контролем из участка слизистой на месте ранее расположенной опухоли.

**Результаты.** Все рецидивирующие опухоли были классифицированы согласно Парижской классификации 2002 г. Из всех 67 пациентов тип 0-IIa был у 18 человек (26,8%), тип 0-IIa+Is у 37 человек (55,3%), а тип LST у 12 (17,9%). Все пациенты ранее оперированы эндоскопически методом фрагментарной резекции слизистой с опухолью. Размеры опухоли до первого лечения составляли свыше 2,0 см в диаметре. Размеры опухоли рецидивирующих форм составляли также от 2,0 см и более. Максимальный размер образования составил 12 см протяженностью по кишке и  $\frac{3}{4}$  окружности.

Возраст пациентов варьировал от 35 до 84 лет.

Рецидивирующие образования располагались во всех отделах толстой кишки, однако наиболее частая локализация была в прямой кишке, ректосигмоидном изгибе и слепой кишке.

Первая группа пациентов – 32 человека (47,8%) – были оперированы методом эндоскопической резекции слизистой с опухолью.

Во второй группе у 35 пациентов (52,2%) выполнена резекция слизистой с лазерной вапоризацией YAG-неодимовым лазером в зоне рубцовых изменений и края ложа удаленного образования.

При гистологическом исследовании удаленных и извлеченных фрагментов доброкачественная природа опухоли была у всех пациентов, то есть в 100% наблюдений. Интра- и послеоперационных осложнений у оперированных пациентов мы не наблюдали.

При контрольных эндоскопических исследованиях в течение первых двух лет после удаления рецидивирующих ворсинчатых аденом с забором материала для морфологического исследования у всех 32 пациентов первой группы (100%) выявлен рецидив заболевания на месте ранее расположенной опухоли. Помимо того, учитывая большой размер опухоли, сформировалось рубцовое сужение просвета кишки, в связи с чем 5 пациентов предъявляли жалобы на распирающие боли в животе в проекции рубцового стеноза.

Во второй группе рецидивов не было отмечено ни в одном случае, что указывает на радикальность данного метода операции.

Всем пациентам первой группы повторно была выполнена комбинированная методика с использованием лазерной вапоризации. Рецидивов за период наблюдения не выявлено.

#### **Выводы:**

1. В связи с наличием рубцовой ткани, которая не позволяет выполнить резекцию слизистой с опухолью в полном объеме, рассматривать эндоскопическую резекцию как монометод нельзя, так как он ведет к последующему рецидивированию опухоли.

2. Для эндоскопического лечения рецидивирующих ворсинчатых и тубуловорсинчатых аденом использование лазерной вапоризации оправдано, поскольку позволяет получить хорошие результаты – отсутствие рецидивов, устранение стенозов после предыдущих неоднократных резекций слизистой.

3. Использование эндоскопических методик позволяет заменить большие травматичные интраабдоминальные вмешательства на малоинвазивные методы, обеспечивая тем самым быструю реабилитацию пациентов и высокое качество жизни.

## **ОДНОРЯДНЫЙ ШОВ В ХИРУРГИИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА**

Савостенко И. Я., Ковалев С. А., Татаринов В. С.,  
Петрошевский С. С., Карасев С. Н., Ковалкин Е. П.,  
Протасевич В. К.

УЗ «Могилевская областная больница», г. Могилев, Республика Беларусь

**Актуальность.** В абдоминальной хирургии методика наложения кишечного шва имеет основополагающее значение. На протяжении многих десятилетий среди хирургической общественности ведутся дискуссии о преимуществах того или иного вида кишечного шва. За последние десятилетия увеличилось количество приверженцев однорядного шва, география его применения расширилась. Справедливо утвердилось мнение, что осложнений после однорядного шва меньше, чем после двухрядного. Еще в 1887 г. Halsted указывал, что достаточно одного ряда швов для анастомозирования, а второй ряд является фактором риска и опасности. Если сравнить такие осложнения кишечного шва, как стеноз, гнойники, деформации, то они более присущи двухрядному шву и весьма редки при однорядном. По прочности и герметичности однорядный шов не уступает двухрядному. Все эти преимущества – результат меньшей травматичности и меньшего нарушения кровоснабжения сшиваемых тканей. Существенным отличием однорядного шва от двухрядного является то, что заживление при однорядном шве идет по типу первичного натяжения, при многорядном – по типу вторичного. Этот факт имеет веское теоретическое подтверждение у отечественных ученых. Сдержанное же отношение к однорядному шву можно