

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЛАЗЕРНАЯ РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ОПУХОЛЕВЫХ И РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**Савицкий С.Э., Черний А.В., Жандаров К.Н., Голышко П.В.,
Пыжевский И.В.**

*УЗ «Гродненская областная клиническая больница»,
г. Гродно, Республика Беларусь*

Колоректальный рак (КРР) занимает одно из ведущих мест в структуре онкологической заболеваемости. Ежегодно в мире заболевают КРР 1-1,2 млн человек и более 500 тыс. погибают от него.

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями по данным канцер-регистра РБ за 2010 г. КРР среди мужчин составил 9,7%, среди женщин – 10,6%. Рак в подавляющем большинстве случаев является уделом людей старших возрастных групп. В РБ в 2010 г. 69,4% заболевших были люди в возрасте 55 лет и старше.

Численность населения РБ в возрасте 55 лет и старше в 2007 г. составила 2336 тыс. В 2017 г. прогнозируется ее увеличение на 15%, и к 2027 г. прогнозируется ее увеличение на 24%. Это само по себе приведет к значительному увеличению числа новых случаев рака.

По данным американского онкологического общества, ожидается, что к 2050 г. число новых случаев рака в мире возрастет до 27 млн (с 12 млн – 2007г.), т.е. в 2,3 раза, а число случаев смерти от рака – до 17,5 млн (7,6 млн – 2007 г.), что будет лишь следствием роста численности населения и его старения.

Несмотря на совершенствование ранней диагностики и использование скрининговых программ в разных странах, уже на этапе постановки диагноза у 20% больных КРР выявляют отдаленные метастазы. Результаты лечения больных с метастатическим КРР остаются мало удовлетворительными, поскольку 5-летний рубеж

выживаемости преодолевают менее 5–10% больных. Большинство людей являются лицами пожилого и старческого возраста, с выраженной сопутствующей хронической патологией, часто в стадии декомпенсации.

Опухолевая толстокишечная непроходимость является ведущим осложнением рака толстой кишки и возникает в среднем у 26,4% больных, а, по данным некоторых авторов, достигает даже 60%. Чаще развивается толстокишечная непроходимость у больных при раке левой половины толстой кишки и достигает 67–72% случаев. В последние годы заметно возрастает интерес к паллиативному лечению опухолей разной локализации и к оказанию помощи больным КРР 4 ст. С точки зрения хирургов, лечение носит паллиативный характер, если удаление опухоли невозможно или нецелесообразно. В этом случае основной целью помощи становится облегчение страданий пациента и предупреждение угрожающих осложнений (непроходимость, боль, кровотечение, воспаление).

Неудовлетворительные результаты лечения больных с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза заставляют совершенствовать не только способы хирургического лечения, но и методы современной диагностики, к которым относятся фиброколоноскопия, а также способы предоперационной декомпрессии толстой кишки, как этап подготовки к операции. Разработана и внедрена методика эндоскопической реканализации опухоли толстой кишки, осложненной кишечной непроходимостью, которая позволила подготовить больных к отсроченной или плановой операции и создала условия для выполнения одномоментных операций без выведения колостомы.

Обеспечение оптимальной паллиативной помощи больным распространенным КРР – это сложный, многоэтапный процесс, поскольку данное лечение коренным образом отличается от стандартного, радикального лечения, сопряженного с полным удалением опухоли и выздоровлением пациента, т.к. паллиативная помощь нацелена на облегчение страданий и обеспечение

приемлемого качества жизни и поэтапного планирования лечения. Именно хирург играет в ней уникальную связующую роль, позволяющую пациенту обсудить альтернативные варианты плана действий и достичь ожидаемого результата.

Больные с 4 ст. КРР чаще всего поступают в стационар с клиническими симптомами острой или хронической обтурационной непроходимости. Как правило, таких больных оперируют по экстренным показаниям, и чаще всего накладывают колостому. Однако в настоящее время существует возможность разрешить кишечную непроходимость, не прибегая к открытой операции: это стентирование опухоли, лазерная фотокоагуляция, лучевая терапия, химиотерапия.

В настоящее время считают, что лазерная фотокоагуляция является методом лечения стенозирующих и кровоточащих опухолей.

Одним из самых признанных и универсальных видов лазерного излучения является излучение твердотельного гранатового лазера (Nd:YAG) с длиной волны 1,064 нанометра. Излучение лазера – Nd:YAG – относится к инфракрасной области оптического диапазона и невидимого человеческим глазом. Лазеры данного типа обладают высоким КПД, просты в управлении, излучение их с малыми потерями, транспортирующееся через оптический световод (световолоконные инструменты из кварцевого стекла).

Фотовапоризация – абсорбция лазерного излучения специфическими поглотителями, такими как вода, хромофор и протеин. В результате этого происходит нагрев ткани, сопровождаемый при достижении температуры 100°C испарения, т.е. вапоризацией (воды), при достижении 300–350°C – высушивание и обугливание.

Обуглившаяся поверхность поглощает большую часть лазерного излучения и, как следствие этого, испаряется. Процесс фотовапоризации длится от десятых долей секунды до нескольких секунд. Спектр применения излучения (Nd:YAG) гранатового лазера – от лечения поверхностных поражений до эндоскопической абляции

опухолей, коагуляций глубоко расположенных первичных и вторичных злокачественных опухолей. Возможность транспортировки облучения гранатового лазера через световод практически без потерь, значительно расширяет его сферу использования в медицине.

Благодаря высокому оптическому качеству световода, пропускание волоконного инструмента не зависит от его длины, что позволяет использовать инструмент длиной от 1 до 10 метров в эндоскопической практике. За счет использования гибкого световода стало возможным применение лазера данного типа для проведения лечения в контактном и бесконтактном режимах. При бесконтактном применении световод располагается на удалении от ткани, что дает возможность при расходящемся пучке лазерного излучения получить разную плотность мощности и позволяет осуществлять необходимые виды воздействия на ткань – от гипотермии до карбонизации.

При бесконтактной вапоризации образуется широкая зона коагуляции – от 3 до 5 мм, что обеспечивает отличный гемостаз и приводит к закупорке вен до 3 мм и артерий диаметром 1,5 мм.

Основным методом для выполнения лазерной эндоскопической хирургии толстого кишечника является колоноскопия, выполненная видеоколоноскопом и энтероскопом фирмы "Фуджинон" серии 4400. В случаях неудачной попытки достигнуть зоны максимального сужения из-за сдавления опухолью используем энтероскоп.

Эндоскопическая реканализация была выполнена у 8-ми больных онкологического профиля (женщин, мужчин) в возрасте от 50 лет до 80 лет. У 3 больных эндоскопическая картина неполной проходимости обусловлена опухолевым процессом, в одном случае – с полной непроходимостью, обусловленной наличием аденоматозного полипа на ножке больших размеров, и у 4 больных – с развитием рубцового стеноза анастомоза и явлениями острой толстокишечной непроходимости. У одного больного была достигнута 100% реканализация толстой кишки. В 3 случаях реканализация оказалась эффективной. Во всех случаях опухоли

имели вид экзофитного роста, в 3-х случаях циркулярный характер роста опухоли и протяженность опухоли составляла от 3,5 см до 6 см. Выполнение эндоскопической реканализации у 3-х пациентов позволило отказаться от экстренной операции и провести полноценную предоперационную подготовку. При эффективной реканализации опухоли оперативное лечение проводилось через 8–10 суток, после восстановления водно-электролитных нарушений детоксикационной терапии у двоих пациентов. У одного больного с тяжелой сопутствующей патологией и локализацией опухоли в поперечно-ободочной кишке явилась основным методом лечения. У женщины 50 лет с наличием полипа на ножке огромных размеров, перекрывающем просвет сигмы, была выполнена двухэтапная эндоскопическая манипуляция: 1 – склерозирование сосудов ножки полипа раствором этоксисклерола и спустя 48 часов – лазерное пересечение ножки полипа с последующей экстракцией полипа и морфологическим его исследованием (гистологическое заключение: аденоматозный полип).

У 4-х больных через 3 месяца после радикальной операции по поводу злокачественных опухолей толстой кишки развился рубцовый стеноз анастомоза с явлениями острой кишечной непроходимости. Больным проведена эндоскопическая лазерная реканализация рубцовой стриктуры длиной волны 1064 нанометра и мощностью 25–30 Ватт с последующей декомпрессией толстой кишки. Луч лазера направлен непосредственно на рубцовую стриктуру, начиная от края просвета, по окружности, с переходом на более удаленные участки. Данный метод лечения явился основным.

Выводы. Лазерная реканализация стенозирующей колоректальной опухоли и последующей декомпрессии толстой кишки является высокоэффективным лечебным мероприятием, дает возможность отсрочить оперативное вмешательство, провести полноценную дооперационную подготовку.

Применение эндоскопической реканализации опухоли у больных КРР позволило выполнить резекцию левой половины,

наложить первичный анастомоз и, соответственно, снизить летальность.

Высокоэнергетическое лазерное излучение 1,064 МкМ обладает коагуляционной способностью при контактной и бесконтактной вапоризации тканевой опухоли.

Модель гранатового лазера (Nd:YAG) с выходной мощностью 25-30 Вт пригодна для проведения лазерной реканализации стенозирующих колоректальных опухолей.

УДК 616.34 – 007.272 -089

РЕДКИЕ ПРИЧИНЫ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

Смотрин С.М., Кузнецов А.Г., Ославский А.И., Лушко А.В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь*

Введение. Острая кишечная непроходимость издавна считается одним из наиболее грозных патологических состояний в неотложной абдоминальной хирургии. Справедливость такого суждения постоянно подтверждается клинической практикой, в которой кишечная непроходимость нередко создает чрезвычайно сложные в диагностическом и тактическом плане, а порою и драматические ситуации. Результаты лечения больных с острой кишечной непроходимостью до сих пор остаются неудовлетворительными. Послеоперационная летальность достигает 15% [1, 3]. Важной особенностью, отмеченной в последнее время, является перераспределение по частоте отдельных форм кишечной непроходимости. Значительно реже стали встречаться такие формы, как узлообразование, инвагинации, завороты, но возросла частота обтурационной непроходимости, обусловленной опухолью толстой кишки [1, 2].