

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ВАПОРИЗАЦИИ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВОРСИНЧАТЫМИ ОПУХОЛЯМИ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Муковозова И.Л.

*3-я городская клиническая больница им. Е.В.Клумова,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность темы. В отличие от общего собирательного термина «полип», ворсинчатые опухоли представляют собой конкретное отражение гистологического строения полипов. Это доброкачественная эпителиальная опухоль состоит из тонких пальцевидных выростов соединительной ткани собственной пластинки слизистой оболочки, покрытых эпителием. Поверхность ворсинчатых аденом покрыта тонкими, мягкими, легко травмирующимися ворсинками. Существуют убедительные доказательства развития рака в ворсинчатом полипе – от дисплазии и атипии до очагового и инвазивного рака, причем атипия клеток нарастает с увеличением размеров и «ворсинчатости» аденомы, вследствие чего папиллярные аденомы относят к облигатным предракам. Макроскопически ворсинчатая опухоль окрашена в красноватый цвет из-за обилия кровеносных сосудов в их строении. Тонкие и нежные ворсинки легко травмируются и кровоточат, поэтому само по себе кровотечение не является свидетельством озлокачествления этих образований. Злокачественная трансформация крупной аденомы толстой кишки может быть диагностирована с высокой степенью вероятности при наличии двух и более из следующих эндоскопических признаков малигнизации: плотная консистенция ворсинчатого образования, наличие участков уплотнения, бугристость поверхности, наложения фибрина, изъязвление поверхности и контактная кровоточивость.

Ворсинчатую опухоль толстой кишки целесообразно выделять как самостоятельную нозологическую единицу.

Установить истинную частоту появления доброкачественных образований очень трудно, поскольку протекают они практически бессимптомно, и обнаруживают их чаще всего случайно в результате целевых профилактических обследований населения.

В современных условиях лишь удаление эндоскопическим и хирургическим путем гарантирует успех лечения. Наиболее распространенными методами лечения ворсинчатых аденом являются :

- Эндоскопическое удаление ворсинчатой опухоли

- Колотомия или резекция кишки с опухолью
- Трансанальное иссечение новообразования

Большинство ворсинчатых опухолей подлежат эндоскопическому удалению. Показанием к этому методу являются все опухоли размером до 2 см в диаметре и все опухоли, имеющие ножку.

Ворсинчатые опухоли, имеющие размеры, превышающие 3 см в диаметре, закрывающие половину или практически весь просвет кишки, либо с тенденцией к стелющемуся росту удаляются, как правило, хирургическим путем (лапаротомия с резекцией кишки, либо трансанальное удаление при локализации ворсинчатой опухоли в прямой кишке).

Рецидив ворсинчатых опухолей в течение первых двух лет после лечения составляет примерно 25%.

Цель исследования. Оценить результаты эндоскопического лечения больных с ворсинчатыми опухолями толстой кишки с использованием лазерной вапоризации.

Материалы и методы. За период с 2004 по 2011гг. в эндоскопическом отделении 3 ГКБ г. Минска было эндоскопически прооперировано 198 пациентов с ворсинчатыми опухолями в толстой кишке больших размеров (свыше 3 см в диаметре) и со стелющимся ростом.

Все пациенты до выполнения эндоскопических операций были обследованы с морфологической верификацией о доброкачественности процесса (тубулярно-папиллярная или папиллярная аденома).

Первой группе пациентов (109 больных, 55% от общего числа) производилось только эндоскопическое фрагментарное удаление диатермической петлей с резекцией слизистой в пределах неизменной слизистой.

Второй группе – 89 пациентов (45%), было выполнено комбинированное лечение, диатермическая электроэксцизия в сочетании с лазерной вапоризацией. На первом этапе использовалась фрагментарное удаление основной массы опухоли с целью уменьшения ее объема при помощи диатермической петли. На втором этапе проводилась лазерная вапоризация JAG-неодимовым лазером (Фотэк, длина волны 1060 нм, мощностью 50 Вт, импульсный). Обработывалось ложе удаленной опухоли на 14-20-ые сутки после диатермической электроэксцизии, когда появлялись краевая эпителизация раневой поверхности.

Результаты. Среди всех больных, которым эндоскопически удалялись ворсинчатые опухоли, женщины составили 68%, мужчины –32%. Возраст пациентов варьировал от 40 до 84 лет.

По локализации ворсинчатых опухолей более 50% приходится на опухоли ректосигмоидного отдела толстой кишки и сигмовидной кишки. Размеры ворсинчатых аденом, удаленных эндоскопическими

методами, колебались от 3,5 до 10,0 см в диаметре. Большая часть из них закрывала просвет кишки более чем наполовину или полностью.

Всем пациентам при удалении ворсинчатых опухолей проводилось гистологическое исследование удаленных и извлеченных фрагментов. Малигнизация наблюдалась у 2 пациентов (1,01%). Морфологически – высокодифференцированная аденокарцинома. По получению гистологии эти пациенты оперированы онкологами. Из осложнений, у 5-ти пациентов наблюдалось кровотечение, в 4-х случаях было остановлено эндоскопически, 1 пациентка была прооперирована. Всем пациентам на протяжении двух лет после эндоскопического удаления ворсинчатой опухоли проводились контрольные осмотры с обязательным морфологическим исследованием биоптата из участка слизистой (чаще рубца) на месте ранее расположенной опухоли. При сравнительном анализе рецидивы наблюдались у 24 пациентов из первой группы, из числа тех, кому проводилась только электроэксцизия опухоли, что составило 20%. Этим пациентам проводилась повторная электроэксцизия с обязательной лазерной вапоризацией ложа полипа и хромоэндоскопией для оценки состояния слизистой. Этим пациентам также, после повторного удаления, в течение года проводились контрольные исследования с гистологическим подтверждением об отсутствии опухолевого роста. У пациентов второй группы, которым проводился комбинированный метод удаления (электроэксцизия + лазерная вапоризация), на протяжении двух лет контрольных обследований, рецидивов роста ворсинчатой опухоли выявлено не было.

Таким образом, эндоскопическое удаление ворсинчатых опухолей больших размеров без признаков малигнизации, является малоинвазивной операцией и альтернативой хирургическому лечению. Использование комбинированного эндоскопического лечения (электроэксцизия + лазерная вапоризация ворсинчатой опухоли) является методом выбора, как не дающий осложнений в виде рецидивирования ворсинчатых опухолей.