

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА И ТОЛСТОЙ КИШКИ

В.Ю. Муравьев, Ф.Ф. Калимуллин, Р.И. Гарифуллин

Клинический онкологический центр (главрач — Р.Ш. Хасанов) МЗ РТ, Республиканский медицинский диагностический центр (главрач — Р.З. Абашев) МЗ РТ, г. Казань

Отношение исследователей к эндоскопической полипэктомии при доброкачественных опухолях желудочно-кишечного тракта неоднозначно. Так, И.Б. Розанов и Э.А. Рохлин [5] считают эндоскопическое вмешательство оправданным в основном при полипах на ножке. Большинство же исследователей полагают, что эндоскопическая полипэктомия показана во всех случаях одиночных или множественных полипов желудка и толстой кишки, если нет к нему противопоказаний [2, 3, 6]. Абсолютными показаниями к проведению полипэктомии через эндоскоп служат полипы, подозрительные в плане их возможной малигнизации; изъязвленные полипы, осложненные кровотечением; одиночные и множественные полипы с выраженной клинической картиной заболевания; одиночные и множественные растущие бессимптомные полипы [7].

При определении показаний к удалению полипов или других доброкачественных образований желудочно-кишечного тракта через эндоскоп следует учитывать ту цель, которая преследуется данной эндоскопической операцией. Если вмешательство выполняется с диагностической целью — для точного установления гистологической структуры имеющейся опухоли, то в любом случае полип или множественный полипоз может рассматриваться как показание к выполнению эндоскопической полипэктомии. Исключением могут быть крупные полипы на широком основании и малигнизированные полипы с переходом злокачественного процесса на всю ножку или основание опухоли, когда перед оперативным вмешательством более оправдана щипковая или петлевая биопсия [4].

Хирургическая тактика в отношении малигнизированных полипов желудочно-кишечного тракта и полиповидного рака в ранней стадии в настоящее время окончательно не определилась. Многие клиницисты считают возможным ограничиваться эндоскопической полипэктомией, когда при исследовании удаленной опухоли обнаруживается интраэпителиальная локализация рака, то

есть когда злокачественный процесс не выходит за пределы мышечной пластинки слизистой оболочки [1, 8, 10]. Онкологическая оправданность подобных действий основывается на том, что при раке *in situ* не наблюдается метастазирования, и местное полноценное удаление злокачественной опухоли может расцениваться как радикальное лечение. В противоположность этому эндоскопическую полипэктомию, выполненную при инвазивном раке, даже если нет поражения ножки опухоли, следует рассматривать как паллиативную операцию, ибо в этой стадии злокачественного процесса вполне возможно лимфогенное распространение опухоли. В этих случаях после эндоскопической полипэктомии показана хирургическая операция, которая может быть или не может быть предпринята в связи с тяжестью состояния больного или его отказом от операции [1, 2, 4, 6, 10].

У ряда больных с множественными полипами ободочной кишки может быть проведено сочетанное лечение — эндоскопическое и хирургическое — при той или иной последовательности их выполнения. Эндоскопическое удаление полипов из различных отделов толстой кишки может быть произведено и непосредственно во время лапаротомической операции (резекция толстой кишки или лапароскопическое вмешательство), что позволяет сразу исключить глубокое коагуляционное повреждение стенки кишки.

Проблема передачи лазерного излучения через фиброэндоскоп в просвет желудочно-кишечного тракта была решена в 1973 г. Для этого были использованы аргоновый лазер и кварцевый световод, который проводился через биопсийный канал гибкого эндоскопа. В 1975 г. появились первые работы, посвященные лазерной эндоскопической коагуляции у больных с желудочно-кишечными кровотечениями.

К настоящему времени определились основные области применения высокоэнергетических лазеров в эндоскопии желудочно-кишечного тракта, и сегодня на первый план выступает их исполь-

зование для деструкции доброкачественных и злокачественных опухолей как с паллиативной, так и с радикальной целью.

Нами используется лазерная установка "Медула-3", разработанная учеными Казанского и Вильнюсского университетов, которую мы испытывали для эндоскопического применения.

За последние 20 лет нами проведены эндоскопические операции по поводу удаления у 802 больных доброкачественных опухолей желудка (898), у 692 — прямой кишки (739), у 399 — толстой кишки (464). Размеры доброкачественных образований желудка колебались от 0,2 см до 5,5 см, а толстой и прямой кишки — от 0,2 см до 5,0 см. Все новообразования подвергались морфологическому исследованию, среди них были выявлены липомы желудка (4), невриномы желудка (2), лимфомы желудка (9), тубулярные аденомы (784), ворсинчатые опухоли прямой кишки (123), толстой кишки (39). В 18 случаях при удалении полипа желудка был выявлен рост рака — аденокарциномы. В 32 случаях эндоскопического удаления опухоли прямой кишки также был обнаружен рост злокачественной опухоли.

До последних лет методом выбора эндоскопического удаления опухолей желудочно-кишечного тракта являлась электроэксцизия с помощью диатермической петли или щипцов с диатермокоагуляцией.

После проведения эндоскопических вмешательств — удаления опухолей с помощью электроэксцизии с диатермокоагуляцией — возникли осложнения в виде кровотечений из желудка (у 7), в толстой (у 3) и прямой (у 4) кишках. У 3 пациентов при эндоскопическом удалении опухоли толстой кишки с помощью электроэксцизии произошла перфорация стенки кишки. Все эти больные после безуспешных попыток остановить у них кровотечение эндоскопическим путем были прооперированы.

В последние годы мы широко применяем комбинированные методы удаления опухолей желудочно-кишечного тракта. Так, при доброкачественных новообразованиях желудка методом электроэксцизии с последующей лазерной обработкой основания опухоли были прооперированы 27 больных, при опухолях толстой кишки — 6, при ворсинчатых опухолях прямой кишки — 5. При протяженности опухоли более 3,5—4,0 см мы использовали комбинацию в виде предварительной лазерной обработ-

ки опухоли для уменьшения ее кровоточивости с последующей петлевой электроэксцизией основной массы узлов и дальнейшей лазерной деструкцией основания, что давало значительный выигрыш во времени, так как отпадала необходимость лазерного выпаривания большого объема опухолевой ткани.

По нашему мнению, при доброкачественных образованиях желудочно-кишечного тракта небольших размеров лазерная деструкция не имеет принципиальных преимуществ перед петлевой диатермической электроэксцизией, зато является значительно более удобной при уплощенной форме опухолей, полипах на широком основании, стелящихся новообразованиях, занимающих большую площадь, когда затягивание на них петли невозможно или приводит к излишней травматизации слизистой оболочки.

При комбинированном удалении опухолей желудочно-кишечного тракта путем петлевой диатермической эксцизии с лазерной обработкой осложнений не наблюдалось.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галлингер Ю.И. Эндоскопическое удаление полипов желудка. — М., 1979.
2. Корнилов Ю.М. // Хирургия. — 1977. — № 7.
3. Луцевич Э.В. и соавт. // Хирургия. — 1977. — № 7.
4. Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.И. Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта. — М., 1984.
5. Розанов И.Б., Рохлин Э.А. // Хирургия. — 1974. — № 6.
6. Савельев В.С. и соавт. // Хирургия. — 1975. — № 2.
7. Савельев В.С. и соавт. Эндоскопия органов брюшной полости. — М., 1977.
8. Стручков В.И. и соавт. // Хирургия. — 1976. — № 7.
9. Федоров В.Д. и соавт. // Хирургия. — 1978. — № 9.
10. Singer M. et al. // Endoscopy. — 1975. — Bd. 7.

Поступила 29.02.96.

ENDOSCOPIC DESTRUCTION OF BENIGN TUMORS OF THE STOMACH AND LARGE INTESTINE

V. Yu. Muravyov, F.F. Kalimullin, R.I. Garifullin

S u m m a r y

The importance of endoscopic methods of removal and destruction of the gastroenteric tract tumors is noted. The necessary algorithm of endoscopic manual in benign tumors of the gastroenteric tract is suggested. The complications are not revealed in combined removal of the gastroenteric tract tumors by means of the loop diathermic excision with laser treatment.