

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра  
здравоохранения Республики  
Беларусь

\_\_\_\_\_ Д.Л. Пиневич

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2018 г.

Регистрационный № 131-1216

МЕТОД ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛАТЕРАЛЬНО  
РАСТУЩИХ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ С  
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ВАПОРИЗАЦИИ  
инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Учреждение образования «Белорусский  
государственный медицинский университет»

Авторы: Муковозова И.Л., д.м.н., проф. Рычагов Г.П.,  
к.м.н. Фатеева О.А.

Минск, 2016

Настоящая инструкция по применению метода эндоскопического лечения латерально растущих ворсинчатых опухолей толстой кишки с использованием лазерной вапоризации (далее – инструкция) предназначена для врачей-эндоскопистов и иных врачей-специалистов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с ворсинчатыми опухолями толстой кишки в стационарных условиях.

В инструкции изложена оригинальная двухэтапная схема последовательного эндоскопического удаления латерально растущих ворсинчатых опухолей толстой кишки (LST) путем эндоскопической резекции слизистой с опухолью и лазерной вапоризации высокоэнергетическим YAG – неодимовым лазером краев ложа удаленной опухоли.

**Перечень необходимых медицинских изделий, лекарственных средств и др.**

1. Видеоэндоскопическая стойка с видеоколоноскопом.
2. Электрохирургический блок (электронож) для гибкой эндоскопии.
3. Эндоскопические диатермические петли любой конфигурации.
4. Эндоскопический инъектор.
5. Медицинский YAG – неодимовый лазер с эндоскопическими световодами.
6. 0,9 % раствор NaCl (физиологический раствор), 0,18% раствор адреналина гидротартрата.

## **Показания к применению**

Ворсинчатые или тубуловорсинчатые аденомы (опухоли) толстой кишки, классифицируемые по Парижской классификации, как LST-G и/или LST-NG, согласно МКБ-10: D12.0, D12.2, D12.3, D12.4, D12.5< D12.7, D12.8

## **Противопоказания к применению**

Противопоказания, соответствуют таковым для проведения колоноскопии.

- Инфаркт миокарда в остром периоде
- Непостоянная форма мерцательной аритмии
- Трепетание, фибрилляция предсердий и/или желудочков
- Острые инфекционные заболевания
- Коагулопатии

## **Описание технологии использования метода**

### **Первый этап – эндоскопическая резекция слизистой с опухолью**

С помощью видеокколоноскопии либо видеосигмоскопии (в зависимости от локализации) визуализируется опухоль. Под основание опухоли с помощью эндоскопического инъектора вводится не менее 10 мл 0,9% раствора NaCl с 1,0 мл 0,18% раствора адреналина гидротартрата, выполняя гидродиссекцию опухоли в подслизистом слое, что позволяет снизить риск кровотечения, перфорации стенки толстой кишки и выполнить диагностический прием для определения инвазии в глубжележащие слои. Игла инъектора должна располагаться под острым ( $10^{\circ}$ - $15^{\circ}$ ) углом по отношению к поверхности слизистой. Приподнятая

таким образом опухоль иссекается диатермической петлей в пределах неизменной слизистой, отступая от края ее основания примерно 0,3-0,5 см. Для этого используются диатермические петли любой конфигурации, электрохирургический блок. Режимы работы электрохирургического блока - автокоагуляция, forced, максимальная мощность 40 Вт. Граница резекции слизистой можно проконтролировать, выполняя биопсию из края резецированной слизистой.

Иссеченная опухоль извлекается наружу и отправляется на гистологическое исследование.

### **Второй этап – лазерная вапоризация**

На 4-7 сутки от момента проведения эндоскопической резекции слизистой с опухолью проводится второй этап – лазерная вапоризация. Видеоколоноскоп либо видеосигмоскоп проводится до эпителизирующейся раневой поверхности на месте иссеченной опухоли. Через инструментальный канал эндоскопа проводится световод YAG – неодимового лазера. Лазерным лучом обрабатывается весь край раны до изменения цвета слизистой с розового до белесоватого. Используется медицинский одноволновой лазер с длиной волны излучения 1064 нм, мощность 15 Вт, максимальная энергия импульса 1,5 Дж, частота повторения импульса 50 Гц.

Контрольные осмотры (видеоколоноскопия) проводятся в течение пяти лет после удаления опухоли. Первый осмотр проводится спустя 3-4 месяца для исключения резидуальной опухоли, последующие осмотры один раз в год с обязательным гистологическим исследованием из послеоперационного рубца.

## **Перечень возможных осложнений или ошибок при выполнении метода и пути их устранения**

При четком соблюдении рекомендованной схемы выполнения метода и техники безопасности обслуживания электрохирургического блока и медицинского лазера осложнений не наблюдается.

Основные осложнения при удалении ворсинчатых и/или тубуловорсинчатых аденом в толстой кишке связаны с возникновением кровотечения либо перфорации стенки в ближайшее (во время проведения манипуляции) или отсроченное (спустя несколько часов или дней после манипуляции) время, а также образования грубых рубцовых стриктур и рецидивов заболевания в отдаленном периоде. Причины появления вышеуказанных осложнений могут быть связаны как с особенностями расположения патологического образования, так и с нарушением техники проведения эндоскопических манипуляций.

Во избежание вышеуказанных осложнений необходимо:

- Располагать иглу иньектора строго под острым углом к слизистой для создания «водной подушки» в подслизистом слое, тем самым дистанцируя слизистую от мышечного слоя и сосудов подслизистого слоя, что является профилактикой перфорации кишечной стенки и повреждения сосудов.
- Вводить 0,9% раствор NaCl с 0,18% раствором адреналина гидротартрата в соотношении 10:1, что вызывает спазм сосудов и также является профилактикой возможного кровотечения.
- Использовать строго по инструкции режимы электрохирургического блока.
- Выполнять лазерную вапоризацию краев ложа отсеченной опухоли, позволяя тем самым избежать рецидивирования

ворсинчатого новообразования и формирования грубых рубцов с образованием стриктуры кишки.