

Эндоскопическое удаление полипов толстой кишки

Турок Е.Н., Трубочников И.В., Мохин В.В., Насонов В.В.

Государственное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница», г. Барнаул.

Цель работы: отработка тактики эндоскопического лечения и динамического наблюдения (в послеоперационном периоде) больных с доброкачественными опухолями ободочной и прямой кишки как меры вторичной профилактики рака.

Материалы и методы: результаты диагностических и лечебных эндоскопических манипуляций на прямой и ободочной кишке, произведённых в эндоскопическом отделении ГУЗ «Краевая клиническая больница» за последние 10 лет.

Доброкачественные опухоли желудочно-кишечного тракта составляют 5,6% в структуре заболеваний пищеварительной системы в Алтайском крае. Учитывая преимущества эндоскопической полипэктомии перед хирургической операцией, возрастает актуальность чёткой организации эндоскопической помощи этой группе больных. В лечебно-профилактических учреждениях Алтайского края производится более 1000 эндоскопических операций по удалению доброкачественных опухолей верхних отделов пищеварительного тракта и толстой кишки, в том числе за последние годы:

Полипэктомия при:	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Фиброколоноскопии	256	184	48	220	197	198
ректороманоскопии	188	235	299	223	162	185
Итого:	444	419	347	443	359	383

За 10 последних лет в краевой клинической больнице произведено 1158 эндоскопических полипэктомий прямой и ободочной кишки.

Удаление полипов осуществлялось с помощью фиброколоноскопов фирм "Olympus" и "Pentax", Япония; ректоскопов фирмы «Красногвардеец», Россия; электрохирургических устройств «Эндотом», Россия; диатермическими петлями и щипцами для горячей биопсии.

Всем пациентам произведена диатермоэксцизия опухоли в пределах здоровой слизистой (визуально). Извлечение отсечённого материала для последующего гистологического исследования произведено нами в 98,7% случаях, утеря материала при нескольких (15) операциях наблюдалась в случаях недостаточной подготовки кишечника и небольших размеров полипов, предварительное же гистологическое исследование осуществлялось в 100%.

Год	1997-1988	1999-2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Фиброколоноскопий	1050	1757	868	570	236	1117	1311	1040
В т. ч. полипэктомий	134	173	24	41	3	61	123	101
Ректороманоскопий	2318	1720	870	975	1126	637	561	693
В т. ч. полипэктомий	173	151	46	29	36	26	23	19

Результаты. Распределение пациентов по возрасту произошло следующим образом: до 30 лет – 4,0%(46 случаев); 31 – 40 лет – 12,5% (145); 41 – 50 лет – 16,6%(192); 51 – 60 лет – 35,2%(408); старше 60 лет – 31,7%(367).

Число пациентов с множественными полипами составило 378 человек (32,7%). В наших наблюдениях максимальное количество полипов, удалённых у одного больного - 27, за

один этап - 9. Количество многоэтапных полипэктомий составило 62 случая (5,35%), максимально - до шести этапов у одного больного.

Больная С., 1925 г.р., находилась на лечении в отделении колопроктологии с множественными полипами толстого кишечника. За три сеанса эндоскопической полипэктомии при фиброколоноскопии (7.04; 16.04 и 16.08.2004 г.) ей произведена эксцизия 26 полипов во всех отделах толстого кишечника от 0,5 см до 2,5 см диаметром. Гистологический диагноз: аденоматозные полипы и тубулярные аденомы. В одном из новообразований, отсечённых в дистальной части сигмовидного отдела на фоне тубулярной аденомы в пределах слизистой обнаружены отдельные фокусы дифференцированной аденокарциномы. При динамическом наблюдении пациентки в течение двух лет, в течение которых выполнены трижды тотальные фиброректосигмоколоноскопии, рецидива опухоли не выявлено.

Адекватное удаление крупных стелющихся аденом – сложная проблема. В случаях крупных опухолевых заболеваний (более 2 см диаметром) нами используется методика многоэтапного удаления опухоли.

Способом фрагментации нами прооперированно 42 больных от 51 года до 75 лет с опухолями от 2 до 12 см диаметром, во всех случаях удаление произведено в пределах здоровой слизистой, что подтверждено визуально и при гистологическом исследовании. Осложнений не наблюдалось. По гистологической картине в 35 случаях стелющиеся опухоли оказались ворсинчатыми, тубулярными или тубулярно-ворсинчатыми аденомами толстой кишки с различной степенью дисплазии, в 11 -и (т.е. в 31,4%) из них - с очагами малигнизации в пределах опухоли (микрокарцинома, аденокарцинома); в 7-и случаях – гиперпластические полипы.

Больная В., 58 лет, поступила в отделение хирургической гастроэнтерологии с диагнозом: полип прямой кишки. При ректоскопии (от 26.02.2003) выявлен бугристый полип размерами 6x4 см на умеренно зауженном основании до 3-3,5 см, в два этапа произведена диатермоэксцизия опухоли с помощью петлевого электрода в пределах здоровых тканей (визуально) с последующим гистологическим исследованием материала. Гистологический диагноз: тубулярно-ворсинчатая аденома с тяжёлой дисплазией. При контрольных РРС через 3; 6; 12 месяцев и 2 года с биопсией слизистой вокруг сформировавшегося рубца рецидива опухоли не выявлено.

Выводы:

- мы придерживаемся тактики выполнения эндоскопической полипэктомии во всех случаях обнаружения доброкачественных новообразований толстой кишки при отсутствии абсолютных противопоказаний:
- стремимся к 100% извлечению отсечённого материала для гистологического исследования, так как предварительная биопсия не всегда достаточно информативна;
- у пациентов преклонного возраста имеют место сопутствующие заболевания и полостные операции связаны с высоким риском для жизни. У этой группы пациентов диатермоэксцизию методом фрагментации опухоли возможно с ранним раком в пределах полипа, можно считать операцией выбора. В случаях же пациентов молодого и трудоспособного возраста эта операция позволяет избежать длительных послеоперационных периодов нетрудоспособности;
- необходимо восстановить диспансеризацию больных с полипами с обязательными обследованиями в сроки 6 и 12 месяцев после удаления новообразований.