

УДК 616.34-006.5

**ЭНДСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИПОВИДНЫМИ
ОБРАЗОВАНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

Дурлештер Владимир Моисеевич – д.м.н.,
профессор
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Габриэль Сергей Александрович – к.м.н.
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Гучетль Александр Якубович – к.м.н.
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Корочанская Наталья Всеволодовна – д.м.н.,
профессор
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Крушельницкий Владимир Станиславович
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Целью нашего исследования являлось
определение эффективности эндоскопических
методик в диагностике и лечении полиповидных
образований толстой кишки в условиях
многопрофильной городской больницы.

Ключевые слова: КОЛОНОСКОПИЯ,
ПОЛИПОВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, ПЕТЛЕВАЯ
РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

UDC 616.34-006.5

**ENDOSCOPIC TECHNIQUES FOR TREATMENT OF
PATIENTS WITH COLON POLYPOID NEOPLASM**

Durleshter Vladimir Moiseevich – MD, professor

*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2»;
Kuban state medical university, Krasnodar, Russia*

Gabriel Sergey Aleksandrovich – Ph.D. (MED)
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia

Guchetl Aleksandr Yakubovich – Ph.D. (MED)
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2»;
Kuban state medical university, Krasnodar, Russia*

Korochanskaya Natalia Vsevolodovna – MD,
professor
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2»;
Kuban state medical university, Krasnodar, Russia*

Krushelnitsky Vladimir Stanislavovich
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia

The aim of the study was the estimation of endoscopic
method efficacy in diagnostics and treatment of colon
polypoid neoplasm. The study was carried out in
versatile city hospital.

Key words: COLONOSCOPY, POLYPOID
NEOPLASM, LOOP RESECTION OF THE
MUCOSA

Введение. Проблеме выявления полипоносительства в колопроктологии посвящено много скрининговых программ активного выявления опухолей, включающих комплексное обследование с применением различных клинических, лабораторных и инструментальных методов [1]. Большинство исследователей рассматривают полиповидные образования как основной фактор развития рака. Риск злокачественной трансформации полипов расценивается в пределах от 3 до 20 %, причем он значительно возрастает с увеличением размеров образований, при полипах диаметром более 2,0 см составляя 30–35 % [2]. Наиболее точным методом обнаружения полипов является колоноскопия [3], позволяющая более чем в 95 % случаев произвести тотальный осмотр слизистой толстой кишки. Важным аспектом стала разработка оптимального индивидуализированного алгоритма эндоскопического мониторинга пациентов, подвергшихся малоинвазивному лечению по поводу эпителиальных новообразований толстой кишки.

Целью нашего исследования было определение эффективности эндоскопических методик в диагностике и лечении полиповидных образований толстой кишки в условиях многопрофильной городской больницы.

Материал и методы. За период 01.01.2011 г. – 01.01.2012 г. в эндоскопическом отделении многопрофильной больницы № 2 города Краснодара выполнено 5811 колоноскопий (КС), из них 332 эндоскопических петлевых полипэктомий, 12 эндоскопических резекций слизистой оболочки.

Нами проанализирована структура патологии толстой кишки при проведении КС, представленная в таблице 1.

Таблица 1 – Структура выявленной патологии толстой кишки ($n = 5811$)

Виды патологии	Абсолютное количество	%
Дивертикулы (дивертикулез), в т.ч. сегментарный	726	12,5
Саркома толстой кишки	186	3,2
Эрозивный колит	53	0,92
Неспецифический язвенный колит	23	0,4
Болезнь Крона толстой кишки	2	0,04
Полиповидные образования, требующие морфологической оценки	552	9,5

Примечание: В остальных случаях органической патологии толстой кишки обнаружено не было, а выявленные изменения слизистой соответствовали катаральному колиту.

Из данных таблицы 1 видно, что полиповидные образования, требующие морфологической оценки, по частоте встречаемости среди выявленной патологии уступили первенство лишь дивертикулярному поражению и составили 9,5 % (552 случая).

Мы провели анализ клинической характеристики пациентов с выявленными полиповидными образованиями, результаты которого представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Клиническая характеристика пациентов с выявленными полиповидными образованиями

Возраст	Абсолютное число	%
До 44 лет	48	8,8
45–59 лет	173	31,3
60–74 лет	266	48,2
75–89 лет	65	11,7
Пол		
Мужской	192	34,8
Женский	360	65,2
Количество полипов, выявленных у одного пациента		
Одно полиповидное образование	303	54,8
2–5 полиповидных образования	234	42,4
Более 5 полиповидных образований	15	2,8

В таблице 3 приведены данные о локализации выявленных полиповидных образований ($n = 995$).

Таблица 3 – Локализация полиповидных образований в поперечноободочной и прямой кишках

Отдел толстой кишки	Абсолютное количество	%
Прямая кишка	239	24
Сигмовидная кишка	358	36
Нисходящая ободочная кишка	99	10
Поперечноободочная кишка	90	13
Восходящая ободочная кишка	90	9
Слепая кишка	80	8

Из данных таблицы 3 следует, что абсолютное большинство полиповидных образований локализовалось в левой половине толстой кишки – 70 %, из них в прямой и сигмовидной кишке – 50 %.

Основными методами эндоскопического лечения полиповидных образований толстой кишки являются: колпачковая петлевая резекция слизистой оболочки, эндоскопическая резекция слизистой оболочки при помощи резектотома, эндоскопическая петлевая полипэктомия и эндоскопическая петлевая резекция слизистой оболочки [4]. Последние два метода мы активно применяем в нашей клинике.

При эндоскопической петлевой полипэктомии происходит набрасывание диатермической петли на основание образования, затягивание петли и отсечение последнего чередованием режимов «коагуляция» и «резка» (рис. 1–2) .

Нами были проанализированы размеры образований, подвергнутых петлевой полипэктомии (табл. 4).

Таблица 4 – Размеры полипов, удаленных методом петлевой полипэктомии ($n = 332$)

Размеры образований	Абсолютное количество	%
До 1,0 см	199	60
1,1–2,0 см	63	19
2,1–3,0 см	43	13
Более 3,0 см	27	8

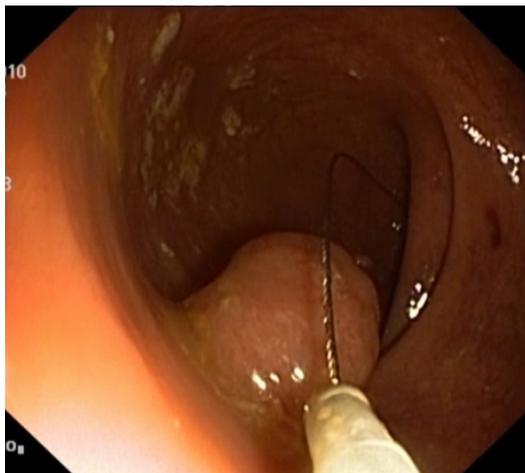


Рисунок 1. На полиповидное образование сигмовидной кишки набрасывается диатермическая петля

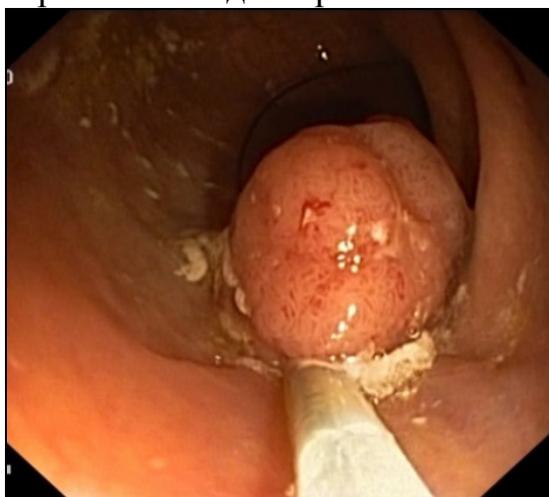


Рисунок 2. Затягивание диатермической петли под головкой полиповидного образования

При эндоскопической петлевой резекции слизистой оболочки после маркировки границ образования создается гидравлическая подушка для снижения риска перфорации и максимально радикального иссечения образования. В качестве раствора для подслизистого введения мы используем раствор глицерола, подкрашенный метиленовым синим. После «приподнимания» образования происходит его отсечение при помощи диатермической петли (рис. 3–6).



Рисунок 3. Стелющееся полиповидное образование в куполе слепой кишки



Рисунок 4. Создание «гидравлической подушки безопасности»

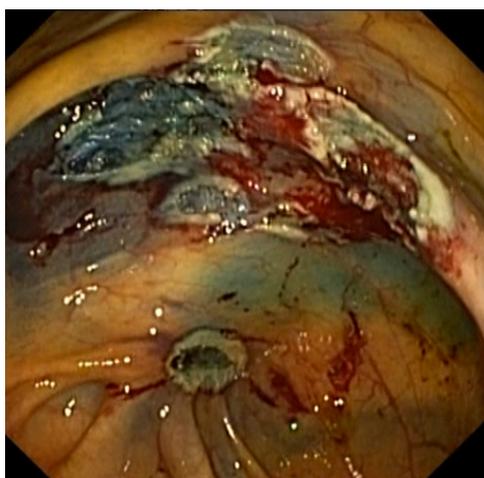


Рисунок 5. Пострезекционная рана



Рисунок 6. Эндоскопический контроль через 6 месяцев

В таблице 5 приведены размеры образований, удаленных методом эндоскопической петлевой резекции слизистой оболочки ($n = 12$).

Таблица 5 – Размеры полипов, удаленных методом эндоскопической резекции слизистой оболочки ($n = 12$)

Размеры образований	Абсолютное количество	%
До 2,0 см	4	35
2,1–3,0 см	5	45
Более 3,0 см	3	20

В таблице 6 мы суммировали информацию о локализации образований, удаленных методом эндоскопической петлевой резекции слизистой оболочки ($n = 12$).

Таблица 6 – Локализация образований, удаленных методом эндоскопической петлевой резекции слизистой оболочки ($n = 12$)

Отдел толстой кишки	Абсолютное количество	%
Прямая кишка	4	35
Сигмовидная кишка	5	45
Правая половина толстой кишки	3	20

За анализируемый период (01.01.2011 г. – 01.01.2012 г.) нами выполнено 32 удаления ворсинчатых опухолей толстой кишки. Мы рассматриваем данную категорию образований отдельно, учитывая их

высокий индекс малигнизации и, как правило, более крупные размеры. Заметим, что 62 % ($n = 20$) удаленных ворсинчатых опухолей локализовалось в левой половине толстой кишки и 38 % ($n = 12$) – в правой. В таблице 7 отражены размеры данных образований ($n = 32$).

Таблица 7 – Размеры удаленных ворсинчатых опухолей толстой кишки ($n = 32$)

Размеры образований	Абсолютное количество	%
До 3,0 см	15	47
3,1–4,0 см	12	38
Более 4,0 см	5	15

Обращает на себя внимание тот факт, что удаленные нами ворсинчатые опухоли крупнее других выявленных новообразований. За анализируемый период возникло два осложнения после удаления крупных ворсинчатых опухолей. В первом случае мы столкнулись с кровотечением после удаления ворсинчатой опухоли слепой кишки. Образование размером более 4,0 см было поэтапно иссечено, после удаления отмечалось струйное подтекание крови в области оперативного вмешательства. При помощи механического метода эндоскопического гемостаза кровотечение было остановлено применением вращающегося эндоскопического клипатора «OLYMPUS», на рану были наложены четыре танталовые клипсы. Во втором случае после попытки поэтапного иссечения ворсинчатой опухоли сигмовидной кишки (образование на широком основании, размер образования более 5,0 см) диагностирована перфорация стенки органа. В экстренном порядке выполнена резекция сигмовидной кишки с наложением анастомоза «конец в конец». На девятые сутки пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

Выводы

Эндоскопические малоинвазивные вмешательства являются приоритетным методом в лечении доброкачественных новообразований и

ранних форм рака толстой кишки. С учетом высокого индекса малигнизации таких новообразований, затрат на лечение пациентов, перенесших полостные операции, оперативная эндоскопия должна все шире внедряться в современный лечебно-диагностический процесс. Анализ наших наблюдений показал, что при своевременном выявлении и достаточном оснащении стационара возможно излечение пациентов с доброкачественными новообразованиями толстой кишки и ранними формами рака толстой кишки с небольшим количеством осложнений. В дальнейшем такие пациенты нуждаются в динамическом диспансерном наблюдении для своевременной диагностики рецидива полиповидных образований.

Список литературы

1. *Fearon E.R., Vogelstein B.A.* A genetic model for colorectal tumorigenesis // *Cell.* – 1990. – Vol. 61. – P. 759–767.
2. *Долецкий С.Я., Стрекаловский В.П., Климанская Е.В., Сурикова О.А.* Эндоскопия органов пищеварительного тракта у детей. – М.: Медицина, 1984.
3. *Lieberman D.A. et al.* One-Time Screening for Colorectal Cancer with Combined Fecal Occult-Blood Testing and Examination of the Distal Colon // *The New England Journal of Medicine.* – 2001. – № 345. – P. 555–560.
4. Руководство по клинической эндоскопии / В.С. Савельев, Ю.Ф. Исаков, Н.А. Лопаткин и др. – М.: Медицина, 1985. – 544 с.