

УДК 616.345-006.5-07-089

ДИАГНОСТИКА И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

© 2006 г. М.Г. Магомедов, Р.Т. Меджидов

Цель работы – улучшить результаты диагностики и лечения больных с полипами толстой кишки.

В основу настоящей работы положены результаты эндоскопической диагностики, лечения и динамического наблюдения 244 больных с полипами толстой кишки. Эндоскопическое обследование больных с полипами толстой кишки проводилась в эндоскопической операционной. В процессе работы применялись инструменты и аппараты фирмы «Olympus», выгодно отличающиеся, на наш взгляд, от эндоскопов других фирм.

Наличие в комплекте видеоскопа, видеоманитофона, принтера и компьютера облегчало проведение записи эндоскопических картин, выполнение фотоотпечатков, динамического наблюдения за больными. Для электрохирургических операций применяли электрохирургический блок японской фирмы «Olympus» с набором электрокоагуляционных электродов с наконечниками игольчатой или шаровидной формы; для отсечения полипов – диатермические петли гексагональной или овальной формы. Полипы извлекались захватом типа «тренога».

В течение 3 истекших лет эндоскопическая полипэктомия выполнена 244 больным, при этом всего удалено 349 полипа. Опухоли толстой кишки локализовались в сигмовидной у 139 (56,96 %), в нисходящей – у 46 (18,85 %), поперечно-ободочной – у 23 (9,42 %), восходящей и слепой – у 20 (8,19 %).

Величина полипов до 10 мм у 63 (18,05 %); 15 мм – у 92 (26,36 %); 20 мм – у 112 (32,09 %); 25 мм – у 53 (15,18 %); 30 мм – у 22 (6,3 %) и более 30 мм – у 7 (2 %) наблюдениях. Единичные полипы отмечались у 162 (66,4 %), множественные – у 82 (33,6 %) больных.

По гистологическому строению: гиперпластические полипы были у 51 (14,61 %) пациента; ворсинчатые – у 126 (36,1 %); тубулярные аденомы – у 172 (49,28 %). У 298 (85,38 %) полипов имелась ножка длиной от 10 до 15 мм. В 51 (14,61 %) случае полипы

располагались на широком основании. У 12 (3,43 %) полипов имелось изъязвление на верхушке.

Все полипы удалялись в условиях стационара. Выписка проводилась после контрольного исследования. Применялся фиброколоноскоп 40 «Olympus» и электрохирургический блок PSD-10 фирмы «Olympus» диатермические петли SD-5U, SD-6U, зонд для диатермокоагуляции CD-3L. Полипы удалялись методом электроэксцизии. Большие полипы удаляли фрагментами. При множественных полипах электроэксцизию проводили в два – три этапа.

Непродолжительное кровотечение наблюдалось у 9 (2,57 %) больных. Гемостаз достигнут с помощью диатермокоагуляции. Рецидивные полипы отмечались в 58 (16,62 %) случаях в течение 2 лет после удаления. Ректосигмоид являлся основной локализацией данных опухолей – у 37 (63,8 %) пациентов. Причиной повторного появления полипов именно в этом месте считаем неполное первичное удаление опухоли по техническим причинам. Во время первичного удаления опухоли при затягивании петли в нее попадает лишь ее верхняя часть, не удаленную часть полипа, расположенную за складкой, не всегда удается заметить. Из этого участка в последующем и начинается рост рецидивного полипа.

Поэтому целесообразно проведение контрольного исследования через 4–5 дней. В эти сроки выявляются оставшиеся участки полипа, которые удалялись электроэксцизией или электрокоагуляцией.

Динамическое наблюдение проводилось еженедельно до образования рубца, затем через каждые 3 мес. в течение первого года. В дальнейшем осмотры выполнялись 1 раз в 6 мес.

Литература

1. Григорян А.В., Луцевич Э.В., Белов И.Н. Лечение полипов желудочно-кишечного тракта // Вестн. хир. 1976. № 12. С. 32 – 35.
2. Сотников В.Н. Нетрадиционные способы эндоскопического удаления полипов желудка. М., 1997.
3. Сотников В.Н. Доброкачественные опухоли. Эндоскопическая диагностика и лечение // Внутрипросветная эндоскопическая хирургия: Сб. тез. Рос. симп. М., 1998.