
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПОЛИПОВИДНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Б.А. Мизаушев, Х.Б. Боттаев,
К.А. Баждугов

Кафедра госпитальной хирургии
Медицинский факультет
Кабардино-Балкарский государственный университет
ул. Чернышевского, 173, Нальчик, 360004

Городская клиническая больница № 2 г. Нальчика
ул. Аттоева, 1 а, Хасанья, Нальчик, 360000

В работе приводятся данные о результатах наблюдения за 259 больными с полипами толстой кишки, которые находились на лечении в Городской клинической больнице № 2 города Нальчика в течение 5 лет. Всем указанным больным произведена эндоскопическая полипэктомия. Возраст больных колебался от 5 до 82 лет. В общей сложности у них удалено 535 новообразований. Все удаленные полипы извлечены и отправлены на гистологическое исследование, за исключением 83 мелких полипов, диаметр которых был менее 0,4 см. Полипы удалялись электрокоагуляцией. Из 452 извлеченных полипов большая часть пришлось на различные виды аденом. Из них 28 были малигнизировавшиеся. У 12 больных была инвазия раковых клеток в подслизистый слой, их направили на хирургическое лечение. У остальных 16 на линии среза раковых клеток не обнаружено, инвазии в подслизистый слой нет, эндоскопическая полипэктомия была расценена как радикальная операция. Осложнений не было. Все больные выписывались через 2—7 дней после операции. Рецидивов в течение 3—5 лет ни у кого не наблюдалось.

Ключевые слова: толстая кишка, полип, колоноскопия, эндоскопическая полипэктомия, малигнизация, гистологическое исследование.

В настоящее время полностью не определена эндоскопическая тактика при аденомах толстой кишки, особенно при малигнизировавшихся, а также опухолях на широком основании и имеющих продольный тип роста. Это связано с различными факторами, включающими большие размеры образований, сложность визуальной оценки, низкую эффективность щипцовой биопсии, возможный инфильтративный рост вглубь кишечной стенки [1, 3, 6]. На сегодняшний день колоноскопия является единственным методом исследования, позволяющим обнаружить, дать визуальную оценку опухоли, определить ее цвет, форму, размеры, наличие или отсутствие изъязвлений, взять биопсию для морфологической верификации диагноза. При доброкачественных образованиях характерно наличие четких границ, отсутствие изъязвлений, отсутствие контактной кровоточивости, подвижность основания опухоли, мягкая или мягко-эластичная консистенция, однородная структура поверхности, отсутствие инфильтративных изменений и эластичность кишечной стенки вокруг опухоли [2, 5, 8]. Однако некоторые доброкачественные образования имеют изъязвления, умеренную контактную кровоточивость, нечеткие визуальные границы, что затрудняет эндоскопическую оценку опухоли без гистологического исследования [4, 7].

Цель исследования. Анализ и определение роли колоноскопии в улучшении диагностики и лечения полипов толстой кишки. Разработка эндоскопической тактики с учетом морфологической структуры полипов толстой кишки.

Материал и методы исследования. Работа проведена на базе отделения колопроктологии городской клинической больницы № 2 г. Нальчика. Колоноскопия в нашей клинике проводится в течение 5 лет. За этот период проведено 1200 исследований, в том числе 259 больным выполнена эндоскопическая полипэктомия. Мужчин было 135 (52,1%), женщин — 124 (47,9%). Возраст больных колебался от 5 до 82 лет. При этом 127 (49%) пациентов были трудоспособного возраста, 1 ребенок 5 лет, остальные больные старше 60 лет. В общей сложности у них удалено 535 новообразований. Распределение больных по полу и возрасту представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возрастные группы, лет							Всего
	до 30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81 и старше	
Мужчины	6	8	18	41	39	20	3	135 (52,1%)
Женщины	2	7	16	35	43	17	4	124 (47,9%)
Итого	8	15	34	76	82	37	7	259 (100%)

Показанием для колоноскопии служило подозрение или наличие заболевания толстой кишки (в первую очередь онкологическое). Показанием для эндоскопической полипэктомии было наличие одного или множественных полипов независимо от размера (до 4 см в диаметре основания), при отсутствии явных признаков малигнизации. Для проведения диагностической или оперативной колоноскопии больные направлялись к нам со всех поликлиник и большинства стационаров города Нальчика, а также со всех районов республики. Соотношение жителей города Нальчика и районных жителей было примерно одинаковым. Для проведения эндоскопической полипэктомии все больные предварительно госпитализировались в нашу клинику. Эндоскопическую полипэктомию проводили с помощью колоноскопа FC-38 FW2 фирмы PENTAX (Япония), электрохирургического аппарата с режимом безконтактной коагуляции ЭХВЧ-300-02 фирмы «Азимут» (Россия) и набора эндоскопических инструментов фирмы «Аксиома» (Россия), включающего диатермические петли и диатермические щипцы.

Во время колоноскопии обязательно осматриваем все отделы толстой кишки (если нет противопоказаний и механических препятствий). При необходимости исследуется дистальная часть подвздошной кишки на протяжении 15—20 см. Всем больным перед полипэктомией обязательно делали общий анализ крови, коагулограмму, биохимию крови, определяли группу крови и резус фактор, УЗИ органов брюшной полости, консультации специалистов. Подготовку кишечника осуществляли традиционным способом при помощи слабительных средств и клизм, а также препаратом «Фортранс». Чаще всего колоноскопию проводим без анестезии. У части больных используем ненаркотические и (реже, при резко выраженном болевом синдроме) наркотические анальгетики и спазмолитики, которые вводятся внутримышечно за 30 мин. до исследования. Для проведения колоноскопии и эндоскопической полипэктомии общей анестезией не пользуемся. Эндоскопическую полипэктомию проводили сразу при обнаружении полипа в тех случаях, когда отсутствовали явные визуальные признаки малигнизации с инва-

зией в глубокие слои кишечной стенки (за пределы слизистой оболочки) и при полипах на ножке. При наличии изъязвления, покрытого фибрином и некротическими массами на поверхности образования, выраженной контактной кровоточивости, ограничения или полного отсутствия подвижности основания относительно подлежащих тканей, плотной консистенции, ригидности, фрагментации ткани, всегда проводили щипцовую или петлевую биопсию и после получения гистологического заключения определяли дальнейшую тактику лечения. Все новообразования удалялись в один этап, при этом у каждого больного одноэтапно производили полипэктомию от 1 до 16 новообразований. При одноэтапном удалении множественных полипов вначале проводили электроэксизию более проксимально расположенных аденом, чтобы не травмировать образовавшийся струп при повторном введении эндоскопа. У некоторых больных с множественными образованиями эндоскопическую полипэктомию проводили в несколько этапов. При этом в первую очередь удаляли подозрительные на малигнизацию и наиболее крупные полипы. Осложнений во время проведения операции у нас не было. Все удаленные полипы извлечены и отправлены на гистологическое исследование, за исключением 83 мелких полипов, диаметр которых был менее 0,4 см. Эти полипы удалялись электрокоагуляцией. Среди удаленных полипов были представители всех четырех типов по Т. Yamada. Размеры их колебались от 0,4 до 6 см в диаметре основания.

Результаты и их обсуждение. Гистологическая характеристика 452 извлеченных образований представлена следующим образом: тубулярные аденомы в общей сложности — 257 (56,8%), тубулярно-ворсинчатые аденомы — 62 (13,7%), ворсинчатые аденомы — 23 (5,1%), гиперпластические полипы — 97 (21,5%), липома — 5 (1,1%), лейомиома — 3 (0,7%), кавернозная гемангиома — 3 (0,7%), карциноид — 2 (0,4%). Среди всех видов аденом встречались различные степени дисплазии и изъязвления. Локализация удаленных полипов в толстой кишке представлена в табл. 2.

Таблица 2

Локализация полипов в толстой кишке

Прямая кишка	Сигмовидная кишка	Ободочная кишка	Слепая кишка	Всего
152 (28,4%)	243 (45,4%)	129 (24,1%)	11 (2,1%)	535 (100%)

Как видно из табл. 2, большая часть новообразований — 395 (73,8%) располагалась в прямой и сигмовидной кишке, что соответствует частоте локализации рака толстой кишки.

В 28 удаленных образованиях при гистологическом исследовании выявлена малигнизация. В табл. 3 представлена характеристика больных с малигнизированными полипами по полу и возрасту.

Таблица 3

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возрастные группы, лет						Всего
	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81 и старше	
Мужчины	—	—	7	4	3	1	15
Женщины	—	—	4	6	1	2	13
Итого	—	—	11	10	4	3	28

Как видно из табл. 3, возраст всех больных превышает 50 лет. При этом большинство больных старше 60 лет, когда возрастает число сопутствующих заболеваний и риск послеоперационных осложнений. Большая часть малигнизированных полипов располагались в сигмовидной кишке, остальные в прямой и нисходящей ободочной кишке. Локализация удаленных малигнизированных полипов в толстой кишке представлена в табл. 4.

Таблица 4

Локализация малигнизированных полипов в толстой кишке

Прямая кишка	Сигмовидная кишка	Ободочная кишка	Слепая кишка	Всего
9 (32,1%)	15 (53,6%)	4 (14,3%)	—	28 (100%)

Морфологическая структура малигнизированных полипов была представлена тубулярными и тубулярно-ворсинчатыми аденомами. Основное количество приходилось на тубулярные аденомы. Гистологическая характеристика полипов отображена в табл. 5.

Таблица 5

Гистологическая характеристика малигнизированных полипов

Гистологическая структура полипов	Кол-во
Тубулярная аденома с малигнизацией на поверхности без инвазии	15
Аденокарцинома на фоне тубулярной аденомы	6
Тубулярно-ворсинчатая аденома с малигнизацией	7
Всего	28

В 12 из указанных случаях отмечалась малигнизация тубулярной и тубулярно-ворсинчатой аденомы с инвазией раковых клеток в подслизистый слой и глубже, иногда с прорастанием в мышечную оболочку. Эти больные, не подвергаясь контрольному осмотру, сразу же после получения морфологического заключения направлялись на хирургическую операцию.

Таким образом, эндоскопическая полипэктомия с удалением всего образования способствовала быстрому установлению точного диагноза и выбору правильной тактики лечения. Всем пациентам этой группы были произведены различные виды резекции толстой кишки с восстановлением пассажа. У остальных 16 больных с малигнизацией на поверхности аденомы при гистологическом исследовании распространение раковых клеток ограничивалось слизистой оболочкой и не выходило за пределы мышечной пластинки, по линии среза раковых клеток не обнаружено, поэтому эндоскопическая полипэктомия была расценена как радикальная операция. При этом 7 аденом были на ножке, 9 — на широком основании. Диаметр последних колебался от 1 до 3,5 см.

В 1-е сутки после операции большинству пациентов назначался постельный режим, холод на живот, разрешался прием воды до 200—300 мл, при необходимости — спазмолитики, ненаркотические анальгетики, внутривенное капельное введение растворов глюкозы, Рингера и др. На 2-е сутки больные ходили в пределах палаты, разрешался прием жидкой пищи малыми порциями 3—4 раза в день. Послеоперационный период у всех протекал гладко, без осложнений. Больные находились под наблюдением в стационаре в течение 2—7 дней. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии. Контрольная колоноскопия

проводилась в зависимости от морфологической структуры, формы роста, локализации, размеров удаленных новообразований через 1, 2, 3, 6, 12 мес., с последующим осмотром не реже 1 раза в 1—2 года. У некоторых больных с полипами на широком основании (чаще малигнизированными) при контрольном исследовании брали биопсию из места удаления образования. В наших наблюдениях, при контрольной колоноскопии в течение 3—5-ти лет, рецидива на месте удаленных полипов не наблюдалось ни в одном случае, включая малигнизированные аденомы. В то же время отмечался рост уже существовавших не удаленных мелких полипов и появление новых полипов.

Выводы

1. На сегодняшний день колоноскопия, являясь «золотым стандартом» в диагностике заболеваний толстой кишки, с успехом применяется в нашей клинике в том числе и для проведения эндоскопических операций.

2. Эндоскопическая полипэктомия имеет важное диагностическое значение, так как позволяет произвести гистологическое исследование всего удаленного полипа и дать более точную морфологическую оценку новообразования. Особенно это касается диагностики малигнизированных аденом и определения распространения в них раковых клеток для выбора дальнейшей тактики лечения.

3. Оценка непосредственных и отдаленных результатов лечения больных с полипами толстой кишки позволяет нам сделать вывод о высокой лечебной эффективности эндоскопической полипэктомии. Полученные результаты подтверждают необходимость динамического наблюдения за больными с полипами толстой кишки и проведения эндоскопической полипэктомии при появлении новых аденом, что является профилактикой рака толстой кишки.

4. Эндоскопическую полипэктомию необходимо производить всем больным с полипами толстой кишки, независимо от количества и размеров образований.

5. При малигнизированных полипах толстой кишки без эндоскопических признаков инвазии в подслизистую основу надо выполнять эндоскопическую полипэктомию (расширенную петельную биопсию) с последующей морфологической оценкой всего удаленного образования и тканей в зоне его отсечения. Если при гистологическом исследовании нет инвазии раковых клеток в более глубокие слои кишечной стенки (подслизистая основа), то эндоскопическое удаление всего образования является окончательным методом лечения этих больных. При обнаружении инвазии и раковых клеток по линии среза показано хирургическое лечение. При наличии визуальных признаков инвазии показана щипцовая биопсия, по результатам гистологического заключения которой определяется выбор метода лечения.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Веселов В.В., Кузьмин А.И.* Одиночные полипы толстой кишки: патогенез, скрининг, лечение и тактика ведения больных // Альманах эндоскопии. — 2002. — № 1. — С. 11—15.
- [2] *Веселов В.В., Власов С.Б., Кузнецов А.Н. и др.* Результаты эндоскопического лечения ранних форм рака толстой кишки // Клиническая эндоскопия. — 2005. — № 2. — С. 6—10.

- [3] *Владимирова А.А., Чашкова Е.Ю., Григорьев Е.Г. и др.* Особенности трансформации небольших эпителиальных новообразований толстой кишки // Колопроктология. — 2009. — № 1. — С. 4—9.
- [4] *Основы колопроктологии / Под. ред. Г.И. Воробьева.* — Ростов-на-Дону: Феникс, 2001.
- [5] *Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.И.* Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта. — М.: Медицина, 1984. — 192 с.
- [6] *Потт Г.* Атлас колоноскопии с руководством по профилактике карцином толстой кишки / Пер. с нем. — М.: Логосфера, 2006. — 224 с.
- [7] *Ривкин В.Л. и соавт.* Полипы и полипоз толстой кишки. — М.: Медпрактика, 2005. — 152 с.
- [8] *Сотников В.Н., Разживина А.А., Веселов В.В. и др.* Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки. — М.: Экстрапринт, 2006. — 280 с.

ENDOSCOPIC SURGERY OF LARGE INTESTINE'S POLYPOID NEOPLASMS

**B.A. Mizaushev, H.B. Bottayev,
K.A. Bazhdugov**

Department of hospital surgery
Medical faculty
Kabardino-Balkarian State University
Chernyshevskogo str., 173, Nalchik, 360004

Municipal clinical hospital № 2 in Nalchik
Attoeva str., 1a, Nalchik, 360000

In this work the data of results of 259 patients observation with large intestine's polyps who had been treated in the Municipal clinical hospital № 2 in Nalchik during last 5 years are given. All mentioned patients underwent to endoscopic polypectomy. The patients were from 5 to 82 years old. All in all 535 neoplasms were removed. All removed neoplasms were extracted and sent for histological analysis except for 83 small neoplasms with the diameter less then 0,4 cm. These polyps are removed by electrocoagulation. The largest numbers of 452 extracted polyps were different types of adenomas. 28 of them were malignant. 12 patients with invasion of cancer cells into the submucosal layer were sent for surgical treatment. The other 16 patients had no invasion of cancer cells into the submucosal layer. Endoscopic polypectomy was evaluated as radical operation. There were no complications. All patients were discharged from the hospital in 2—7 days after operation. There were no recidives during 3—5 years.

Key words: the large intestine, polyp, colonoscopy, endoscopic polypectomy, malignancy, histological analysis.