

УДК 616-089+616-006.5+616.351

© О. В. НОВИЦЬКИЙ, І. М. ШЕВЧУК, А. Л. ШАПОВАЛ

Івано-Франківський національний медичний університет

Досвід хірургічного лікування аденоматозних поліпів прямої кишки

O. V. NOVYTSKY, I. M. SHEVCHUK, A. L. SHAPOVAL

Ivano-Frankivsk National Medical University

EXPERIENCE IN THE SURGICAL TREATMENT OF ADENOMATOUS POLYPS OF THE RECTUM

Проаналізовано результати хірургічного лікування 136 хворих з аденоматозними поліпами прямої кишки при відсутності малігнізації останніх. Серед них 88 (64,7 %) чоловіків і 48 (35,3 %) жінок віком від 19 до 68 років. Середній вік хворих склав (54,6±2,8) року. Одиночні поліпи виявлено у 122 (89,7 %), множинні – у 14 (10,3 %). Час від перших скарг до госпіталізації склав від 12 днів до 2 місяців, у середньому (27±2,3) дня. У 71 (52,3 %) хворого аденоматозні поліпи прямої кишки розташовувалися на висоті до 6 см, у 65 (47,7 %) хворих – вище 6 см від анального кільця. Трансанальну поліпектомію застосували у 71 (52,3 %) хворого, ендоскопічну поліпектомію – у 63 (46,3 %) пацієнтів, відкриті втручання (нижньо-серединну лапаротомію, ректотомію, поліпектомію) – у 2 (1,4 %) хворих. Розміри видалених поліпів коливались від 0,8 до 4,0 см. У ранньому післяопераційному періоді ускладнення виникли у 5 (3,7 %) хворих. У 2 (1,4 %) хворих діагностували післяопераційну кровотечу з рани прямої кишки, яка була ліквідована консервативними методами. У 3 (2,2 %) хворих після трансанального видалення поліпів великих розмірів виник стійкий больовий синдром, для ліквідації якого вимушені були застосувати наркотичні анагетик.

The results of surgical treatment of 136 patients with adenomatous polyps of the rectum in the absence of malignancy. Among them, 88 (64.7 %) of men and 48 (35.3 %) of women aged from 19 to 68 years. The average age of patients was (54.6 ± 2.8) years. Solitary polyps were found in 122 (89.7 %), multiple polyps - in 14 (10.3 %) patients. The first term of complaints of the patients to hospitalization ranged from 12 days to 2 months was appeared, averaging (27±2.3) days. The adenomatous rectum polyps were located at a height of 6 cm in 71 (52.3 %) patients and above 6 cm from the anal ring in 65 (47.7 %) patients. Transanal polypectomy used in 71 (52.3 %) patients, endoscopic polypectomy - in 63 (46.3 %) of patients, open surgery (lower- middle laparotomy, rectotomy, polypectomy) in 2 (1.4 %) patients. Sizes of removed polyps ranged from 0.8 to 4.0 cm. The complications was occurred in 5 (3.7 %) patients at early postoperative period. In 2 (1.4 %) patients with postoperative bleeding from the wound of the rectum diagnosed, which was eliminated by the conservative methods. In 3 (2.2 %) patients after transanal removal of large polyps the persistent pain was developed, for the elimination of which were forced to use narcotic analgetics.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Аденоматозні поліпи прямої кишки (АППК) є справжньою неоплазією, здатною до малігнізації і розцінюються як облігатний передраковий стан. Доведеним вважається факт зв'язку АППК із розвитком колоректального раку. Так, близько 95 % злоякісних пухлин прямої кишки розвиваються з АППК [3, 4, 6]. Таким чином, своєчасне виявлення та лікування АППК є одним з ефективних методів профілактики розвитку колоректального раку.

На сьогодні не існує консервативних методів лікування АППК. Єдиним ефективним методом лікування залишається хірургічний. Для видалення поліпів прямої кишки застосовують ендоскопічну поліпектомію (ЕПЕ), трансанальну поліпектомію (ТАПЕ) та відкриті операційні втручання.

Завдяки розвитку відеоендоскопічних технологій були значно вдосконалені і самі методики ендоскопічних операційних втручань із видалення АППК, що сприяло зменшенню числа ускладнень та більш швидшій медичній і соціальній реабілітації хворого. Використання новітніх ендоскопічних технологій дозволяє значно зменшити місцеву травматизацію стінки прямої кишки, що підтверджують численні морфологічні дослідження. При цьому відсутнє ураження тканини прямої кишки у вигляді глибокого опіку в місці дії електричного струму, що сприяє формуванню тонкого післяопераційного рубця, швидшому загоєнню рани, відновленню морфологічної структури і функцій прооперованого органа [7].

Такі ускладнення ЕПЕ, як кровотеча з місця видалення поліпа прямої кишки, зустрічаються у 1,5–24 %, перфорація стінки кишки – у 0,58–1,2 % про-

оперованих хворих. Дані ускладнення можуть виникати під час проведення операційного втручання, через кілька годин і навіть днів після операції [1, 2, 5].

Динамічного спостереження потребують абсолютно всі прооперовані хворі, незалежно від способу видалення АППК. Частота контрольних оглядів у перші 5 років залежить від морфологічної будови поліпа, відсутності чи підтвердження його малігнізації. Так, хворих, у яких гістологічно не виявлено малігнізації (АППК), слід перший раз оглядати через 6 місяців, у подальшому один раз на рік. Хворих, у яких морфологічно підтверджено малігнізацію (АППК) без інвазії аденокарциноми у стінку прямої кишки, діагностичні ректоскопії впродовж перших 5 років необхідно виконувати через 45 днів, 3 та 6 місяців, а в подальшому також один раз на рік. Навіть за умов відсутності будь-яких патологічних проявів хворі, прооперовані з приводу АППК, повинні підлягати контролююму огляду один раз на 3 роки пожиттєво [4].

Мета роботи: проаналізувати результати ендоскопічної поліпектомії та трансанальної поліпектомії у хворих з аденоматозними поліпами прямої кишки.

Матеріали і методи. З 2006 до 2013 р. у відділенні проктології Івано-Франківської обласної клінічної лікарні були прооперовані 136 хворих з аденоматозними поліпами прямої кишки. У дане дослідження включені тільки пацієнти з аденоматозними поліпами за відсутності морфологічної малігнізації останніх.

Серед них 88 (64,7 %) чоловіків і 48 (35,3 %) жінок віком від 19 до 68 років. Середній вік хворих складав $(54,6 \pm 2,8)$ року. Одинокі АППК виявлено у 122 (89,7 %) пацієнтів, множинні – у 14 (10,3 %) хворих. На передній стінці прямої кишки виявляли АППК у 58 (42,7 %) хворих, на задній стінці – у 49 (36 %) осіб та на бокових стінках – у 29 (21,3 %) пацієнтів. У 71 (52,3 %) хворого АППК розташовувалися на висоті до 6 см від анального кільця, у 65 (47,7 %) пацієнтів вище 6 см від анального кільця до ректосигмоподібного кута. Трансанальну поліпектомію застосували у 71 (52,3 %) хворого, ендоскопічну поліпектомію – у 63 (46,3 %) пацієнтів, відкриті втручання (нижньо-серединна лапаротомія, ректотомія, поліпектомія) – у 2 (1,4 %) хворих. Розміри видалених АППК коливались від 0,8 до 4,0 см. Час від перших скарг до госпіталізації складав від 12 днів до 2 місяців, у середньому $(27 \pm 2,3)$ днів.

Діагностична програма, крім загальноклінічних і лабораторних обстежень, включала пальцеве дослідження прямої кишки, ректороманоскопію з прицільною біопсією тканини поліпа, фіброколоноскопію або іригоскопію, УСГ органів черевної порожнини і малого таза, консультацію суміжних спеціалістів.

Діагностичну ректороманоскопію та ЕПЕ проводили з використанням жорсткого ректороманоскопа (“Heine”, Німеччина). Оптична система пристрою оснащена дистальним кільцевим фіброволоконним освітленням із збільшувальною лінзою 1,5х, розмірами тубуса 300×20 мм, який обладнаний інсуфляційним портом та сантиметровою шкалою.

Результати досліджень та їх обговорення. При ЕПЕ видаляли поліпи нижньоампулярного відділу прямої кишки, які розташовані вище 6 см від анального отвору. ЕПЕ здійснювали шляхом електроексцизії ніжки в режимі “коагуляція” з потужністю електричного струму 35–40 W та використанням поліпектомічних петель. Безперервний електричний вплив не перевищував 7 с, після чого робили паузу для охолодження тканин стінки прямої кишки з такою ж тривалістю. На місці видаленого поліпа утворювалася ранова поверхня, розміри якої практично відповідали діаметру ніжки видаленого поліпа. Після виконання ЕПЕ забезпечували кінцеву зупинку кровотечі, а при потребі проводили додаткову коагуляцію ділянок, що кровоточили. При значній кровоточивості з рани прямої кишки після ЕПЕ застосовували кліпаплікатор.

Для видалення АППК розміщених до 6 см від анального отвору, застосовували ТАПЕ. Ці втручання виконували під внутрішньовенним наркозом або спинномозковою анестезією. Після дивульсії анального каналу прошивали і перев’язували ніжку поліпа товстою кетгутровою ниткою. Після цього скальпелем над лігатурою відсікали ніжку поліпа. Кінцеву зупинку кровотечі при потребі доповнювали електрокоагуляцією ніжки поліпа.

У 2 (1,4 %) хворих для видалення АППК застосували нижньо-серединну лапаротомію та ректотомію. В одному випадку поліп локалізувався у верхній третині прямої кишки та мав широкую ніжку, цьому хворому виконали клиноподібну резекцію стінки прямої кишки з поліпом. В іншого хворого поліп локалізувався у важкодоступній зоні ректосигмоподібного згину; йому було виконано висічення поліпа з відновленням цілості стінки прямої кишки.

Після проведення операційного втручання всім хворим призначали голод на один день, ліжковий режим впродовж 1–2 днів, знеболювання ненаркотичними анальгетиками, місцево в ампулу прямої кишки вводили обліпихову олію у вигляді мікроклізм і мазь “Левомеколь”. Хворих виписували на 7–8-й день для продовження амбулаторного лікування і спостереження у хірурга (проктолога) поліклініки.

У ранньому післяопераційному періоді ускладнення виникли у 5 (3,7 %) хворих. У 2 (1,4 %) пацієнтів діагностували післяопераційну кровотечу

з рани прямої кишки, яка була ліквідована консервативними методами. У 3 (2,2 %) хворих після трансанального видалення поліпів великих розмірів (3,5 см×0,3 см) розвинувся стійкий больовий синдром, для ліквідації якого вимушені були застосувати наркотичні аналгетики.

При контрольному ендоскопічному дослідженні прямої кишки через 5–7 днів на місці проведеного втручання відзначали ранову поверхню, представлену гранулюючою тканиною, покритою фібринозним нальотом. У хворих, яким видалення АППК виконували шляхом лапаротомії і ректотомії при контрольному ендоскопічному дослідженні через 10–15 днів, площа ранової поверхні зменшилася в 2–2,5 раза порівняно з вихідною і представлена гранулюючою рановою тканиною з фібринозним нальотом; епітелізація рани відбулася із периферії.

Повне загоєння ранової поверхні прямої кишки відбувалось протягом одного місяця. Через місяць після операції при ендоскопічному дослідженні прямої кишки виявляли дрібні сіруваті рубці лінійної або зірчастої форми. У частини хворих епітелізація рани відбувалася без утворення рубців, тому визначити зону виконаного операційного втручання при візуальному контролі було досить важко.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аррегви М. Е. Малоинвазивная колопроктология / М. Е. Аррегви, Дж. М. Саккиера : пер. с англ. – М. : Медицина. – 1999. – С. 115.
2. Воробьев Г. И. Малоинвазивное лечение опухолей нижнеампулярного отдела прямой кишки / Г. И. Воробьев, П. В. Царьков, Е. В. Сорокин // Актуальные проблемы колопроктологии. Научная конференция с международным участием (2–4 февраля 2005 г.) : тезисы докладов. – М., 2005. – С. 188–190.
3. Захараш М. П. Состояние колопроктологической помощи в Украине, ее проблемы и перспективы / М. П. Захараш : материалы II з'їзду колопроктологів України з міжнародною участю. – К. : Медицина. – 2006. – С. 21–22.

За нашими даними встановлено, що добрий клінічний ефект хірургічного лікування хворих на АППК у ранньому післяопераційному періоді був забезпечений у 131 (96,3 %) із 136 хворих.

Висновки. Метод трансанального видалення придатний до видалення поліпів, розміщених до 6 см від анального отвору. Ендоскопічна поліпектомія є ефективним малотравматичним методом хірургічного лікування аденоматозних поліпів прямої кишки, розміщених вище 6 см від анального отвору. Обидва ці методи забезпечують швидке загоєння ранової поверхні стінки прямої кишки. Застосування трансанальної та ендоскопічної поліпектомії показано тільки за відсутності гістологічно підтвердженої малігнізації поліпів. Після видалення поліпів прямої кишки всі хворі підлягають динамічному нагляду лікаря-проктолога за місцем проживання протягом року.

Перспективи подальших досліджень. З огляду на отримані результати проведеного дослідження, є необхідність у розробленні системи заходів, спрямованих на запобігання розвитку післяопераційних ускладнень у хворих із поліпами прямої кишки.

4. Сучасне ендоскопічне лікування хворих на поліпи товстої кишки / М. П. Захараш, О. І. Пойда, С. Б. Шевелок, О. Л. Орлов // Сучасна хірургія та колопроктологія. – 2012. – № 1. – С. 31–38.
5. Яицкий Н. А. Опухоли толстой кишки / Н. А. Яицкий, В. М. Седов, С. В. Васильев. – М. : МЕДпресс-информ, 2004. – С. 250–252.
6. Bretagnol F. Local excision of rectal tumours by transanal endoscopic microsurgery / F. Bretagnol, A. Merrie, B. George [et al.] // Br. J. Surg. – 2007. – Vol. 5, № 94(5). – P. 627–633.
7. Maslekar S. Transanal endoscopic microsurgery for carcinoma of the rectum. / S. Maslekar, S. H. Pillinger, J. R. Monson // Surg. Endosc. – 2007. – Vol. 21 (1). – P. 97–102.

Отримано 22.11.13