

В.И.ЮХТИН

**ПОЛИПЫ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

МЕДИЦИНА - 1978

Уважаемый читатель!

Если вы скопируете данный файл, Вы должны незамедлительно удалить его сразу после ознакомления с содержанием.

Копируя и сохраняя его Вы принимаете на себя всю ответственность, согласно действующему международному законодательству .

Все авторские права на данный файл сохраняются за правообладателем.

Любое коммерческое и иное использование кроме предварительного ознакомления запрещено.

Публикация данного документа не преследует никакой коммерческой выгоды. Но такие документы способствуют быстрейшему профессиональному и духовному росту читателей и являются рекламой бумажных изданий таких документов.

Все авторские права сохраняются за правообладателем. Если Вы являетесь автором данного документа и хотите дополнить его или изменить, уточнить реквизиты автора или опубликовать другие документы, пожалуйста, свяжитесь с нами по e-mail - мы будем рады услышать ваши пожелания.

**Данный файл скачан с медицинского портала MedWedi
(<http://medwedi.ru>)**

******* Заходите - будем рады :-)** *****

*******MedWedi*******

ПРЕДИСЛОВИЕ

Среди различных заболеваний желудочно-кишечного тракта значительное место занимают полипы, которые в большом проценте случаев подвергаются малигнизации.

Частота локализации полипов в различных отделах желудочно-кишечного тракта неодинакова, наиболее часто они локализуются в желудке, затем в прямой и ободочной кишках, реже в пищеводе, двенадцатиперстной и тонкой кишках. В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе имеется большое число работ, посвященных главным образом отдельным локализациям полипов, преимущественно в желудке и толстой кишке (включая прямую). Совершенно отсутствуют работы обобщающего характера, посвященные полипам желудочно-кишечного тракта всех локализаций. До сих пор нет общепризнанной теории этиологии заболевания. Отсутствие достоверных клинических критериев, характерных только для полипов желудочно-кишечного тракта, ставит в затруднительное положение практических врачей при постановке диагноза и проведении дифференциальной диагностики. Особые трудности возникают при решении вопроса о лечебной тактике, выборе метода и объема оперативного вмешательства, в зависимости от локализации, распространенности и морфологического строения полипов. По этим кардинальным вопросам мнения различных авторов весьма противоречивы. Выбор лечебных мероприятий основан на применении как консервативных методов (прижигающих, вяжущих средств и др.), или щадящих паллиативных вмешательств (полипэктомия, электроэксцизия, коагуляция и др.), так и радикальных операций от резекции "части органа до тотального удаления его в один или два этапа (гастрэктомия, субтотальная или тотальная колонэктомия). За последнее время все шире применяются различные эндоскопические методы диагностики и лечения более совершенными аппаратами (фиброгастроскоп, фибродуоденоскоп, фиброколоноскоп и др.), которые позволяют осмотреть тот или иной отдел желудочно-кишечного тракта, уточнить локализацию и распространенность процесса, сделать фотографию, прицельную биопсию и манипуляцию лечебного характера.

Применение эндоскопических методов исследования наряду с рентгеноконтрастными и клинико-лабораторными методами значительно расширило диагностические возможности и позволяет проводить более рациональную лечебную тактику. Несмотря на эти достижения, процент запоздалой диагностики малигнизации полипов и их рецидивов все еще очень велик и по данным различных авторов достигает 30 и более.

Имеющиеся в литературе сведения по вопросу о том, какие полипы наиболее часто подвергаются малигнизации, разноречивы. Что же касается лечебной тактики при полипах различной локализации, то до сих пор нет единого мнения в выборе наиболее рационального метода лечения.

Консервативные методы лечения полипов не нашли широкого применения в связи с их весьма сомнительным лечебным действием и большим процентом злокачественного превращения, поэтому большинство авторов предпочтение отдают оперативным методам, выбор которых нередко делается эмпирически без достаточного анализа отдаленных результатов.

Настоящая работа основана на анализе материалов отечественной и зарубежной литературы, касающихся изучения около 15000 больных с полипами желудочно-кишечного тракта различной локализации, в том числе свыше 8000 больных с полипами желудка, более 5000 — с полипами ободочной и прямой кишок и около 2000 — с более редкой локализацией полипов в других отделах пищеварительного тракта (пищевод, двенадцатиперстная и тонкая кишки), а также с полипами ободочной и прямой кишок у детей. В общее число анализируемых материалов различных авторов включены собственные наблюдения по лечению более 600 больных с полипами желудка, ободочной и прямой кишок. Все это позволило обосновать рекомендации по ряду наиболее актуальных и спорных вопросов лечебной тактики, выбору метода и объема операции в зависимости от локализации, распространенности полипов, их морфологического строения, возраста и общего состояния больного.

Мы надеемся, что данная работа будет полезна для практических врачей при решении сложных вопросов диагностики и выбора рационального метода лечения этого распространенного заболевания.

Автор с благодарностью примет все критические замечания и пожелания читателей, для которых эта работа предназначена.

1. ПОЛИПЫ ЖЕЛУДКА

Общие вопросы и терминология. Статистические данные

Полипом (греч. *poli* — много, *pus* — нога, т. е. многоножка) принято называть всякую опухоль на ножке, свисающую из стенок полого органа в его просвет, независимо от микроскопического строения. Термин «полип» впервые введен Гиппократом (П. Г. Харчен-ко, 1959), а по мнению А. В. Мельникова (1954), этот термин известен со времен Галена для обозначения образований на ножке в полости носа. В. Л. Ривкин с со-авт. (1969) отмечают, что термин «полип» первым, видимо, применил Цельс.

Полипы могут располагаться в любом отделе пищеварительного тракта и относятся к числу распространенных заболеваний этой системы.

Первое место по частоте локализации полипов занимает желудок, затем прямая и ободочная кишка, пищевод, тонкая кишка.

Полипы чаще локализуются в одном органе, однако могут быть одновременно в двух и более органах. Н. В. Петров (1896) описал множественный полипоз желудка, тонкой и толстой кишки у женщины 20 лет. При микроскопическом исследовании оказалось, что одни полипы были раковыми, другие — доброкачественными.

Полип желудка впервые был описан *Amatus Lusitana-nus* в 1557 г. (В. Д. Водолагин, 1970). Это описание существенно дополнено патологоанатомами *Morgagnie* (1765) и *Lientaud* (1767), которые обнаружили полипы желудка на секции. *Cruvelier* (1833) впервые сообщил о доброкачественном полипе желудка больного.

В русской литературе первые сообщения о полипозе желудка, выявленном на секции, сделаны К. Ф. Славянским (1865) и затем прозектором Обуховской больницы Л. Р. Кревером (1892), при этом микроскопическое исследование показало, что один из полипов оказался аденокарциномой, другие полипы были доброкачественными.

Определенный вклад в разработку учения о полипах внесли Н. В. Петров (1896), Н. В. Склифосовский (1898), *Menetrier* (1888), *Verse* (1908) и др. Они изучали вопросы этиопатогенеза, патоморфологии этого заболевания, а также отношения полипов к раку.

Первый диагноз полипа при рентгеноскопии желудка поставлен *Carman* в 1920 г. О первом случае правильной постановки диагноза при помощи гастроскопа сообщил *Schindler* в 1923 г.

Первые сборные статистики о частоте полипов желудочно-кишечного тракта опубликованы в 1908 г. *Doehring* и в 1910 г. *Wechselmann* (А. В. Мельников, 1954).

Впервые полип желудка был удален *Wegele* в 1909 г. Больной был оперирован по поводу рака, но на препарате после резекции желудка была установлена полипозная аденома.

Первый правильный диагноз полипа желудка до операции поставил В. П. Образцов (1892) на основании клинических и рентгенологических данных, а также микроскопического исследования кусочков, найденных в промывной жидкости из желудка. Это наблюдение описал Г. П. Хосроев (1912). При микроскопическом исследовании опухоли, иссеченной при операции вместе с участком слизистой оболочки, установлена доброкачественная аденома.

По данным А. В. Мельникова, до 1925 г. в мировой литературе диагноз полипа до операции был установлен правильно еще у 6 больных. *Schmieden*, *Westhues* (1927) сообщили о 28 наблюдениях полипоза желудочно-кишечного тракта и высказали мнение о возможности перерождения полипов в рак. К 1927 г. И. М. Айдман собрал из литературы 132 наблюдения множественного полипоза желудочно-кишечного тракта, причем в половине случаев было злокачественное перерождение, чаще болели мужчины 20—40 лет. По его мнению, среди клинических признаков на первое место выступают явления катара желудка. Автор отмечал зависимость клинических явлений от локализации и величины полипа. На основании собранного материала он сделал вывод о том, что полипоз — заболевание преимущественно толстой кишки, реже желудка и крайне редко тонкой кишки.

Благодаря усовершенствованию методики рентгенологического исследования, это заболевание перестало быть казуистическим.

Уже к 1936 г. было опубликовано 931 наблюдение доброкачественных опухолей желудка, в том числе 329 полипов, папиллом и аденом желудка (*Minnes*, *Ge-schickter*). К 1954 г. А. В. Мельников собрал сведения крупных иностранных статистиков о 1580 больных с доброкачественными опухолями желудка, в том числе 426 наблюдений отечественных авторов.

По данным И. В. Давыдовского (1935), полипы по своему строению напоминают обычное строение желудка, являясь как бы выворотом подслизистого слоя и покрывающей его слизистой оболочки, иногда они представляют значительный атипизм строения.

В зависимости от количества находящихся в массе полипа кровеносных сосудов, желез, развития грануляционной ткани говорят об ангиоматозных, железистых и грануляционных полипах.

По мнению Р. Н. Харитоновой (1958), Т. А. Слепака (1958), Veneze, Grancian (1966), полипы следует разделять на аденоматозные и папилломатозные. Однако некоторые исследователи считают, что все полипы аденоматозные (Castlerman, Krickstein, 1966, и др.). А. Д. Рыбинский (1939), П. Г. Харченко (1959) также разделяют полипы на 2 вида: полипы, исходящие из покровного эпителия,— папилломы, а исходящие из железистого эпителия,— аденомы. Деление это относительное, так как при микроскопическом исследовании могут быть обнаружены элементы того и другого эпителия.

А. К. Лукиных (1960) предпочитал пользоваться термином «аденоматозная болезнь» и «аденома», чем «полипозная болезнь» и «полип», на том основании, что первый термин основан на гистологической структуре опухоли, а не на форме ее роста, и лучше отражает существо патологического процесса.

Провести разграничение этих образований (аденома, папиллома и др.) клинически не представляется возможным, поэтому все они объединены одним названием—полипы, т. е. клинико-анатомическим термином, наиболее принятым во врачебной практике.

Что же касается деления полипов на аденоматозные, или папилломатозные и смешанные, в основу которого положено морфологическое строение полипа, то, по нашему мнению, оно безусловно более полно отражает сущность патологического процесса. Термин «полип» хотя и дискутируется в литературе вплоть до отказа от него некоторыми авторами (Broders, Ranils, Mene-trier et al. и др.), которые предлагали все фиброзно-эпителиальные опухоли называть аденомами, а А. В. Мельников (1954) вообще считал полипы, аденомы и папилломы стадиями одного и того же хронически текущего процесса, следующими за атрофическим и гипертрофическим гастритом, тем не менее целесообразно для практики пользоваться терминами полип (полипоз), папиллома (папилломатоз) и аденома (аденоматоз) по следующим соображениям.

Как уже отмечалось, термином «полип» принято называть вообще всякую опухоль на ножке, свисающую из стенок полого органа в его просвет. Термином «аденома» (от греч. «аденос» — железа, «ома» — опухоль) называют опухоль любой локализации, растущую из железистого эпителия (например, аденома или фибroadенома молочной железы, аденома простаты и др.), которые никто не называет полипами, поэтому называть все полипы аденомами будет не всегда правильно.

Термином «папиллома» (от лат. «папилла» — сосочек) называют опухоль (аденому), покрытую тонкими, нежными ворсинками (сосочками), поэтому ее называют еще «ворсинчатой папилломой»; она располагается на широком основании в виде цветной капусты, как бы стелющейся по слизистой оболочке кишки. Папилломы могут быть твердые и мягкие. Строма ворсинчатой папилломы очевидно ветвится и состоит из различной длины ворсинок, покрытых цилиндрическим эпителием, содержащим большое количество бокаловидных клеток.

Оба эти термина («аденома» и «папиллома») отражают частное морфологическое строение данной опухоли, а термин «полип» имеет более общее клинико-анатомическое обоснование. Поэтому, при известном сочетании клинико-анатомо-морфологических признаков, наиболее полными и несомненно правильными будут названия «аденоматозный полип», «ворсинчатый полип», «ворсинчатая папиллома», или «ворсинчатая аденома» («виллезная аденома» — от лат. «виллезус» — покрытый нежными волосками), а также «аденопапиллома» и т. д.

Сведения о частоте и локализации полипов желудка разноречивые. По данным В. Н. Сагайдак (1961), из 495 наблюдений одиночные полипы желудка были в 60% (294 больных), множественные—в 40% (201 больной).

На преобладание одиночных полипов указывали многие авторы, которые отмечали одинаковую частоту одиночных и множественных полипов (П. Г. Харченко, 1959; И. Б. Розанов, 1961, и др.).

Некоторые авторы отмечали преобладание множественных полипов над одиночными (А. В. Мельников, 1954; А. Н. Протопопов, 1957; Н. М. Тачмурадов, 1962, и др.).

При изучении вопроса о частоте множественных и одиночных полипов не все исследователи одинаково определяют понятие «одиночная аденома» («одиночный полип»). Некоторые авторы считают полипы одиночными, если в желудке имеются одна или две опухоли, в то время как другие авторы одиночным полипом (аденомой) считают только случаи обнаружения в желудке одного полипа, а множественными полипами — когда число опухолей превышает одну.

Также не все авторы одинаково определяют термин «аденоматоз (полипоз) желудка». Многие авторы делят полипы только на две группы:

одиночные и множественные. А. К. Лукиных (1962) определял аденоматоз (полипоз) как более выраженную, далеко зашедшую стадию процесса, которая может иметь свои патогенетические особенности (возможность врожденного происхождения). Об аденоматозе (полипозе) обычно говорят, когда полипов так много, что их нельзя сосчитать. В связи с этим целесообразно выделять три группы: одиночные, множественные полипы и аденоматоз (полипоз).

Приведенные данные о частоте одиночных и множественных полипов основаны на макроскопическом изучении препаратов резецированного желудка. А. В. Мельников справедливо указывал, что часто принимают во внимание лишь одну крупную аденому (полип) и не учитывают множество других мелких аденом (полипов). Данные о частоте полипов, одиночных и множественных, могли быть иными, если бы оценку производили с учетом микроскопического исследования слизистой оболочки желудка. Н. М. Тачмурадов, применяя микроскопическое исследование слизистой оболочки желудка, обнаружил микроаденомы (микрополипы) у всех больных, что позволило ему говорить о множественных аденомах (полипах) в 100% случаев. Без микроскопического исследования множественные полипы обнаруживаются у 65—74% больных (М. И. Кузин и К. К. Нарычева, 1966; Р. К. Харитонов, 1964, и др.).

По сборной статистике А. К. Лукиных (1962), на 3728 случаев полипозных аденом желудка у 22 (0,6%) больных был полипозный гастрит, у 1970 (52,8%) — одиночные полипы, у 1655 (44,4%) — множественные полипы, у 81 (2,2%) — аденоматоз (полипоз). Согласно сборной статистике С. Л. Рудовой (1939—1969), основанной на 3330 наблюдениях, больных с солитарными полипами желудка составили 52,3%, а с множественными — 47,7% от числа всех больных с полипами желудка.

Полипы желудка локализуются преимущественно в пилороантральном отделе (70—85%), затем в теле желудка (17—25%) и в кардиальном отделе (2,5—3%) (П. Г. Харченко, 1959; И. Б. Розанов, 1960; С. Л. Рудова, 1973; Brunn, Pearl, 1926; Monaco et al., 1962, и др.).

По данным многих авторов, одиночные полипы встречаются в 47—50% случаев, а множественные — в 52,6%. Диффузный полипоз желудка наблюдается примерно в 10% случаев.

А. В. Мельников привел отечественную сборную статистику Н. С. Тимофеева и американскую, охватывающую 470 наблюдений, из которых локализация полипов в пилороантральном отделе отмечена у 58,5% больных, в теле желудка — у 23,2%, в кардиальном отделе — у 2,55% и множественная локализация — у 14,04% больных.

Одни авторы отмечают, что полипы желудка несколько чаще наблюдаются у женщин (Н. М. Смирнов, 1958; И. Б. Розанов, 1961, и др.), другие — у мужчин (Н. С. Тимофеев, 1948; П. Г. Харченко, 1959, и др.).

Большинство авторов отмечают преобладание больных в возрасте от 40 до 50 лет.

По данным Ю. М. Лазовского (1947), полипы желудка встречаются даже у детей раннего возраста.

Этиология и патогенез полипов желудка

Наиболее распространенными теориями этиологии и патогенеза полипов желудка являются:

- 1) теория раздражения (воспалительная);
- 2) дисрегенераторная теория;
- 3) теория эмбриональной дистопии.

К. Славянский еще в 1865 г. высказал мнение, что причину образования полипа надо искать в хроническом воспалении слизистой оболочки. Позднее Menetrier (1886—1888) обратил внимание на частое воспаление слизистой оболочки желудка при полипах и также высказал предположение об этиологическом значении хронического гастрита. По Verse (1908), аденомы и полипы желудочно-кишечного тракта имеют единый механизм возникновения — хроническое катаральное воспаление слизистой оболочки.

По мнению Konjetzny (1938, 1942), гастрит—полипоз — рак желудка представляют собой последовательные стадии эволюции одного и того же хронического воспалительного процесса.

Автор на основании тщательного исследования удаленных желудков (при язве, раке, полипах) отмечал, что первоначально возникает острое экссудативное воспаление, которое в дальнейшем завершается репаративным разрастанием различных клеток покровного эпителия и эпителия желез. В зависимости от того, какое участие в общем пролиферативном процессе принимает железистый аппарат (разрастается или атрофируется), гастрит приобретает характер либо гипертрофического, либо атрофически-гиперпластического. Полипы появляются в тех участках

слизистой оболочки желудка, где репаративное разрастание эпителиальных клеток превышает нормальные границы. В дальнейшем, по его мнению, на почве полипов возникает рак.

В условиях эксперимента было доказано, что путем чисто местного воздействия различными раздражителями можно получить образование полипов. Так, Л.Ф.Ларионов и Н. Г. Соболева (1938) в пищу белых мышей вводили канцерогенные углеводы и через 7—10 мес наблюдали появление папиллом, а затем карцином.

Сторонник дисрегенераторной теории Ю. М. Лазовский (1947), изучая исходы острого гастрита, отметил, что острые воспалительные процессы в слизистой оболочке желудка легко ликвидируются благодаря ее большой регенераторной потенции. Но каждый раз в восстановленной слизистой оболочке обнаруживаются некоторые следы нарушения нормального хода регенерации, остающиеся в результате замедления темпа дифференцировки железистых элементов. По его данным, вскоре после перенесенного гастрита у человека или экспериментального животного внутренние слои слизистой оболочки желудка утолщаются за счет оживленной пролиферации клеток покровного и ямочного эпителия. Особенно интенсивно протекает этот процесс в пилорической зоне, где образуются аденоматозные тяжи, врастающие в виде мелких полипов в просвет органа. Однако через некоторое время координация между двумя фазами, свойственная нормальному регенераторному акту, восстанавливается и структура слизистой оболочки желудка приходит к норме. Но стоит только в течение короткого времени слизистую оболочку желудка подвергнуть восстановлению несколько раз, как разобщение фаз регенерации начинает приобретать более стойкий характер. Тогда уже морфологические картины разрастания покровного и ямочного эпителия и атрофии железистых трубок становятся более яркими.

В результате избыточной пролиферации и незавершенной дифференцировки в некоторых участках слизистой оболочки, особенно в пилорическом отделе, появляются очаги гиперплазии — полипы.

Таким образом, Ю. М. Лазовский решающую роль в механизме развития полипов отводил неправильному течению регенераторного процесса в слизистой оболочке, обусловленному длительным нарушением функциональной деятельности желудка. Автор считал, что полип это «не что иное, как яркое проявление дисрегенераторной гиперплазии слизистой оболочки желудка». По его мнению, более целесообразно говорить не о полипах, как об очаговых образованиях, а о дисрегенераторном полипозе, так как этот термин отражает подлинную патогенетическую сущность данного заболевания.

При экспериментальном полипозе желудка у собак Ю. М. Лазовский никогда не наблюдал прогрессирования процесса, а наоборот, его постепенное увядание и на этом основании он сделал вывод, что, видимо, и у человека под влиянием терапевтических методов лечения дисрегенераторные явления слизистой оболочки желудка могут исчезнуть, и тогда восстановится прежняя координация между обеими фазами, свойственная нормальному регенераторному акту. В. А. Канделис (1965) считал полипоз процессом, возникающим как следствие дистрофических изменений слизистой оболочки желудка при выделении ею шлаков (мочевины и др.).

В эксперименте автору удалось вызвать полипоз желудка у собак путем длительного внутривенного введения мочевины. Е. А. Рудик (1946) и Б. М. Федоров (1951) экспериментально доказали большую роль нервной системы в возникновении функциональных нарушений со стороны слизистой оболочки желудка. Проведенные Н. М. Тачмурадовым (1953), Н.М. Смирновым (1957) и П. Г. Харченко (1959) морфологические исследования слизистой оболочки желудка при полипах также подтвердили существование функциональной секреторной недостаточности до возникновения полипов. Согласно теории эмбриональной дистопии, так называемые истинные полипы являются результатом неправильного эмбрионального развития слизистой оболочки желудка. Сюда относятся гетеротропия тканей поджелудочной железы, желез типа бруннеровых, которые обладают высокой потенциальной энергией роста и сохраняются в слизистой оболочке желудка с эмбрионального периода.

В дальнейшем в зависимости от различных причин, например при раздражении, из них возникают полипы (Н. А. Краевский, 1934; И. В. Давыдовский, 1935;

А. И. Абрикосов, 1950, и др.). Полипы из гетеротопированных тканей наблюдали А. А. Ожерельев (1930), Grossman, Ridder (1941) и др.

О врожденном происхождении полипов свидетельствуют наблюдения полипов у детей. Одиночный полип на ножке в пилорическом отделе желудка у двухмесячного ребенка наблюдал Т. П. Краснобаев (1936). Множественный полипоз желудочно-кишечного тракта у ребенка 11 лет наблюдал Д. Б. Авидон (1936). Известную роль в возникновении полипов может играть наследственная предрасположенность. По-видимому, каждый из указанных факторов в перечисленных теориях или их совокупность играют определенную роль в этиопатогенезе полипов желудка.

Патологическая анатомия полипов желудка

Внешний вид полипов чрезвычайно разнообразен даже в пределах одного органа — желудка. Выделяют полипы на ножке и на широком основании (стебельчатые полипы и сидячие), располагаются они в одиночку, гнездами, могут покрывать всю слизистую оболочку желудка. Полипы на ножке иногда располагаются на вершине складок слизистой оболочки, являясь продолжением их. По форме полипы чаще шаровидные или овальные, реже — сосочкообразные, грибовидные. Иногда многочисленные мягкие отдельные ворсинки объединены в гроздевидную массу. Вид цветной капусты имеют ворсинчатые папилломы, которые чаще превращаются в рак. Поверхность полипов бархатистая, гладкая, бугристая или зернистая. Окраска полипа зависит от его структуры, количества соединительной ткани, сосудов, нарушения питания. Полипы бывают серого цвета, красные, багрово-красные, оранжевые, розовато-вишневые. Цвет полипа может отличаться от цвета окружающей слизистой оболочки желудка. Консистенция полипов зависит от гистологической структуры. При преобладании фиброзной ткани полипы плотные, железистой — мягкие.

Многочисленные работы показали, что развитие патоморфологических изменений при полипах желудка условно может быть представлено в следующем виде: полипозный гастрит, полипы желудка, рак желудка.

Микроскопически при полипозном гастрите выявляются участки гипертрофии и гиперплазии желез желудка в виде мелких полипозных разрастаний чаще округлой или овальной формы. Полипы часто окружены атрофически измененной слизистой оболочкой. В их строении не принимает участие подслизистый слой. Строение железистых элементов в участках полипов мало изменено по сравнению с железистыми элементами окружающей слизистой оболочки.

При полипозном гастрите в значительной степени выражена очаговая или диффузная инфильтрация слизистой оболочки лейкоцитами, плазматическими клетками, тельцами Русселя, имеется разрастание соединительной ткани в слизистой оболочке и подслизистом слое.

Строение одиночных и множественных полипов одинаковое. Тело полипа состоит из железистых элементов или из разросшегося покровного эпителия и богатой сосудами соединительной ткани. Ножка полипа представляет собой продолжение прилегающей слизистой оболочки и подслизистого слоя.

Железистые элементы доброкачественных полипов сходны с окружающей тканью, эпителий изменен незначительно. Местами железы расширены в кистозные полости. Железы никогда не выходят за пределы мышечной оболочки как бы ни была значительна железистая гиперплазия и гипертрофия. На микрофотографии (рис. 2) представлен аденоматозный полип желудка. Строение полипов сходно со структурой полипозных разрастаний при гипертрофических полипозных гастритах.

Относительно доброкачественные полипы гистологически отличаются от доброкачественных полипов появлением выраженного атипизма строения железистых элементов, разнообразием форм и величины желез, отсутствием высокодифференцированных желез. Подслизистый слой в области полипа утолщен. Малигнизированные полипы характеризуются полиморфизмом клеток и ядер, гиперхроматозом ядер, большим количеством митозов, образованием гигантских клеток, нарушением клеточной комплексности и полярности. Определение гистологического критерия злокачественности полипа может представлять значительные трудности.

В. Д. Водолагин (1970) описал гистологическую картину полипов двух типов. Для первого типа в ряде случаев характерны признаки гиперплазии слизистой оболочки, отмечается удлинение и извитость желудочных ямок, в глубине ямок эпителий с гиперхромными ядрами, железы расположены хаотично, кистозно расширены, эпителий железистых трубок сохраняет до некоторой степени региональные особенности, наряду с индифферентным эпителием имеются главные и обкладочные клетки (полип фундального отдела желудка) или пилорические железы (полип пилорического отдела). Полипы такого типа именуется простыми и редко достигают больших размеров (Б. Г. Лисочкин, 1967; Lev, 1965).

Второй тип полипов характеризуется дезорганизацией железистых трубок, которые кистевидно расширены, ветвисты, выстланы индифферентным, местами кишечным эпителием, иногда находят маленькие зоны атипизма (базофилия клеток, плейоморфизм клеток, полиморфизм ядер — ядра большие, круглые различной формы) (Б. Г. Лисочкин, 1967; Monaco et al., 1962, и др.). Появление фиброэндоскопов с «биопсийным каналом» и разработка специального вспомогательного инструментария позволяют в настоящее время осуществлять полипэктомию в процессе гастроскопического исследования. Морфологическое изучение структуры всего полипа

представляет в этом случае возможность для достоверного выяснения характера опухоли (В. М. Буянов, 1974; В. С. Савельев и др., 1975; Spencer et al., 1974, и др.).

Частота малигнизации полипов желудка

В клинической и экспериментальной онкологии накопилось большое количество работ, указывающих на то, что развитию рака часто предшествуют различные патологические процессы. К предраковым заболеваниям относят язвы, очаги гиперплазии — полипы, длительные хронические воспалительные изменения в тканях с выраженными явлениями пролиферации и дистрофии и другие заболевания, своевременная диагностика и ликвидация которых позволяют во многих случаях предотвратить развитие рака.

П. А. Герцен (1937) писал: «Я принадлежу к группе онкологов, утверждающих, что рак может развиваться лишь на патологических изменениях в тканях при особом совпадении других факторов. Предрак, безусловно имеет право на существование».

Возможность перехода полипов в рак несомненна, однако сообщения различных авторов о частоте злокачественного перерождения полипов желудка чрезвычайно разноречивы. В приведенной табл. 1 представлены собранные нами данные сборной статистики (1945—1977), включающие 6040 наблюдений, где процент озлокачествления полипов желудка варьирует от 7,4 (П. Г. Харчен-ко, 1956) до 61,2 (Ю. А. Ратнер, 1964). По данным Ю. Е. Березова (1976), частота малигнизации полипов в различных отделах желудка составляет 3,5%.

По клиническим и секционным данным, не более 1,5—5% раков желудка развились из предшествовавших полипов. По мнению автора, этот процент в действительности выше, так как при далеко зашедших раках желудка нельзя выяснить с достаточной убедительностью, на фоне какого заболевания развился рак. По данным И. Б. Розанова (1960), из 191 больного, оперированного по поводу полипов желудка, у 77 (40,3%) отмечен переход полипов в рак.

По данным А. К. Лукиных (1977), из 447 оперированных больных малигнизация при гистологическом исследовании была обнаружена у 202 (45,2%).

Автор выделил 3 стадии роста, развития и злокачественного превращения аденом: 1) доброкачественная стадия (простые аденомы); 2) переходная стадия (пролиферирующие аденомы); 3) злокачественная стадия (рак). Одиночные и множественные аденомы встречались приблизительно одинаково часто, но в доброкачественной стадии чаще выявлялись одиночные аденомы (54,6%), а в злокачественной—множественные (61,5%).

С увеличением количества аденом, возрастает частота малигнизации. У оперированных больных при одиночных аденомах злокачественное перерождение отмечено у 38,5%, а при множественных—у 54,1% больных.

По данным автора, локализация аденом оказывает влияние на частоту их злокачественного превращения. При поражении нижней трети желудка малигнизация отмечалась у 35,5% больных, а при локализации аденом в средней и верхней третях желудка — у 62,4%, т. е. почти в 2 раза чаще. Наиболее часто аденомы располагаются на задней стенке желудка, реже — на передней стенке и еще реже—на малой кривизне. Малигнизации чаще подвергаются аденомы, расположенные на задней стенке и на малой кривизне желудка. Эта закономерность повторялась во всех трех стадиях. К раку из аденомы А. К. Лукиных относит: 1) рак на ножке, 2) рак в форме ворсинчатой опухоли, 3) рак в виде одиночного экзофитного узла, сохраняющий по внешнему виду форму аденомы на широком основании.

По данным В. Н. Сагайдак (1961), среди различных гистологических форм полипов малигнизация была только среди аденом—75% (у 40 больных из 53). Автор отметил также зависимость малигнизации от размеров полипов.

При диаметре полипа до 1 см на операции малигнизация не была выявлена, от 1 до 2 см — малигнизация выявлена в 13%, от 2 см и более—малигнизация среди оперированных—51%. Из 200 оперированных больных полипы оказались малигнизировавшими у 68 (34%).

А. В. Мельников выделил три группы при сочетании полипа и рака. Первая группа — рак из полипов, невидимых невооруженным глазом, чаще всего начинается в виде небольшого одиночного узла («малый рак», т. е. 1-я стадия), который по внешнему виду напоминает доброкачественный полип. Автор считал, что рак у этих больных возник именно из небольших папиллом и полипов, причем до 10% всех карцином желудка возникают из полипов и папиллом, невидимых невооруженным глазом. Вторая группа — рак из полипа, видимого невооруженным глазом. Такой полип впервые диагностируется рентгенологически и имеет некоторые особенности: он проходит длительную стадию изменений, пока из него возникнет рак.

Известны случаи развития рака из одной ворсинки полипа. Поэтому при полипах желудка необходимо исследовать серийно все полипы. После резекции желудка развитие полипов не всегда останавливается. На оставшейся слизистой оболочке культи желудка могут возникнуть полипы

и рак. Третья группа — полипозный рак, встречается нередко (до 8% всех раков). Вторичные полипы желудка могут развиваться на раковой язве или по краю ее. Но у этих больных вдали от опухоли всегда имеются одиночные или множественные полипы.

Для выявления папилломатозных полипов всегда необходимо осмотреть слизистую оболочку препарата желудка под лупой.

На основании гистологических исследований автор пришел к следующим выводам:

1. Полипы и аденомы желудка очень «неспокойные» образования, и мы не знаем, когда на почве их возможен рак, так как полипы клинически дают мало признаков, в основном симптомы при них зависят от сопутствующего им атрофического или гипертрофического гастрита.

2. На основании клинических наблюдений создается впечатление, что рак из полипа чаще возникает на протяжении 1—2 лет.

3. Полипы, текущие без клинических симптомов и распознанные случайно при рентгеноскопии, в особенности если состав желудочного сока нормален, могут существовать более длительное время без развития карциномы, но как только кислотность начинает снижаться, вскоре может возникнуть рак.

4. Полип на препарате, внешне производящий впечатление доброкачественного, при микроскопическом исследовании может оказаться уже злокачественным («малигнизация полипа»).

5. Даже самые малые по размерам раки, исходящие только из головки полипа или из его ножки, могут дать ранние метастазы.

6. Для окончательного выяснения злокачественности полипа после резекции необходимо подвергнуть серийному исследованию препарат желудка, причем надо обязательно исследовать все полипы.

Согласно международной классификации опухолей по системе «TNM», может быть 7 различных вариантов локализации аденом (полипов): первые 3 варианта соответствуют изолированному поражению одного из отделов желудка — верхней, средней и нижней его трети, 4 вариант соответствует сочетанному поражению двух или трех отделов желудка, 5-й вариант — верхней и нижней трети, 6-й — средней и нижней трети, 7-й — поражению всех 3 отделов желудка (распространенный аденоматоз).

В соответствии с этой схемой А. К. Лукиных проанализировал материал, опубликованный 11 отечественными и зарубежными авторами, касающийся 2241 больного с полипозными аденомами желудка, из них локализация аденом в верхней трети желудка была у 2,1% больных, в средней трети — у 17%, в нижней трети — у 66,8% больных; в верхней и средней третях желудка у 3,2% больных, в средней и нижней — у 7%, в верхней и нижней — у 0,8% больных. Тотальное поражение желудка было у 3,1% больных.

Определенная зависимость между малигнизацией и локализацией аденоматозных полипов представлена в табл. 2. Как видно из приведенной табл. 2, озлокачествление полипов пилороантрального отдела, где они чаще локализируются, составляет 9,35%, в то время как при локализации полипов в средней и верхней третях желудка озлокачествление их достигает 31%. По данным Ю. Е. Березова (1976), на 61 случай малигнизации полипов, преимущественная локализация их была в кардиальном отделе — 35% (21 больной), затем в пилороантральном — 31,7% (19 больных), в теле желудка — 28,3% (17 больных) и реже на малой кривизне — 5% (3 больных).

Изучая структурные изменения полипов в процессе малигнизации, Б. Г. Лисочкин (1967) выявил, что при этом наблюдается ряд последовательных превращений эпителия: нормальный эпителий — пролиферирующий эпителий — карцинома *in situ* — инвазивный рак.

Малигнизация может развиваться не только в полипе, но и в окружающей слизистой оболочке, в которой, как и в самом полипе, обнаруживаются фокусы мультицентрической пролиферации и рака *in situ*. Все исследователи считают полипоз заболеванием, которое представляет реальную почву для злокачественного превращения.

Классификация полипов желудка

В основе различных классификаций полипов желудка лежат разнообразные принципы: клинические, этиологические, патогенетические, патологоанатомические, рентгенологические и другие, поэтому нет единой классификации.

Первая классификация полипов желудка была предложена Menetrier (1886—1889), который выделил две группы полипов: 1) одиночные и множественные полипы слизистой оболочки, сидящие на ножке, возвышающиеся над остальной поверхностью (полипозные полиаденомы);

2) множественные плоские маловыраженные, грядкообразные полипы слизистой оболочки, напоминающие извилины коры мозга или слизистую оболочку желудка жвачных (плоские полиаденомы).

В последующем эту классификацию изменили Koben (1890), Broders (1942). Они отказались от термина «полип» и все фиброзно-эпителиальные опухоли, вне зависимости от их этиологии, называли аденомами, а при множественных опухолях говорили об аденоматозе; при дольчатом строении—о папиллоидной аденоме или о п.апиллярном аденоматозе. Wechselsmann (1910) выделил 2 группы полипов: фиброзные, или гранулезные, возникшие на почве хронического воспаления, и врожденные, или истинные полипы. Schmieden, Westhues (1927) в основу классификации положили степень злокачественности: доброкачественные полипы, относительно доброкачественные (переходные) и злокачественные полипы.

А. Д. Рыбинский (1939) предложил классификацию, основанную на морфологических и клинических признаках:

- 1) по морфологическим признакам—полипы одиночные, множественные; крупные, мелкие, смешанные; плотные, мягкие, смешанные, гнездные, разбросанные, сплошной полипоз; на длинной ножке, на широком основании; полипозный гастрит (антральный и других локализаций);
- 2) по клиническим признакам — полипы немые (бессимптомные) и осложненные (выпадение в двенадцатиперстную кишку, гипертрофия, цирротические изменения антрального отдела, перигастрит, кровотечение, раковое перерождение).

А. Г. Касабов (1948) предложил классификацию по патологоанатомическим признакам: полипозный гастрит, одиночные полипы, множественные полипы и полипы с переходом в рак.

П. Г. Харченко (1957) дала более развернутую классификацию как и А. Д. Рыбинский, по патологоанатомическим и клиническим признакам:

- 1) по патологоанатомическим признакам—полипозный гастрит; одиночные и множественные полипы (доброкачественные, малигнизированные, полипозные раки из полипов); множественные полипы желудочно-кишечного тракта;
- 2) по клиническому течению—бессимптомная форма, гастритная, анемическая, осложненная форма (кровоточащие полипы, выпадение полипа в двенадцатиперстную кишку), сочетанное поражение желудка полипом и раком.

И. М. Чайков (1957) также различал полипы: 1) по гистологическому признаку—полипозный гастрит, доброкачественные полипы (одиночные, гнездные, множественные) — они могут быть аденоматозными, фиброзными и гранулематозными; переходные формы; полипозные раки;

2) по клиническому течению—гастритная форма и анемическая форма.

Р. В. Харитонов (1958) различал: доброкачественные полипы — полипозный гастрит, одиночные и множественные полипы; рак из полипа или полипозный рак (рак и полипы, малигнизированные полипы).

Si-Chun-Ming, Goldman (1965) выделяли аденоматозные полипы и регенераторные полипы. Деление полипов по морфологическим и клиническим признакам является наиболее целесообразным принципом построения классификации. С этой точки зрения каждая из приведенных классификаций, построенных по такому принципу, заслуживает внимания. Однако для практических целей в классификации целесообразно не просто констатировать различные морфологические и клинические признаки полипов, но и по возможности указать, какие признаки наиболее характерны для начала злокачественного перерождения. Например, известно, что чем крупнее полипы и чем их больше, тем чаще и быстрее наблюдается злокачественное превращение полипов.

Исходя из этого принципа, А. А. Нарычев и К. К. Нарычева (1962) предложили свою клинко-морфологическую классификацию полипов желудка. Они разделили их на 4 группы: первая группа — полипозный антральный гастрит, а также одиночные или множественные полипы антрального отдела диаметром менее 1 см; вторая—одиночные или множественные полипы антрального отдела диаметром от 1 до 2 см; третья—одиночные или множественные полипы тела или кардиального отдела желудка независимо от их размеров, а также крупные полипы антрального отдела желудка диаметром более 2 см; четвертая — полипоз всего желудка. В этой классификации не учитывается морфологическое строение полипов, хотя известно, что аденоматозные полипы наиболее подвержены малигнизации. Однако, по наблюдениям авторов, частота перехода полипов в рак резко нарастает от первой группы к четвертой. Так, например, если среди больных первой группы рак возник у 2,3% больных, а второй—у 6,8%, то в третьей группе рак возник у 38,4%, а в четвертой—у 9 из 10 больных. Эта закономерность позволила им рекомендовать свою рабочую классификацию при решении вопроса о показаниях к консервативному и оперативному методам лечения полипов желудка.

Следует отметить, что в настоящее время при выборе метода лечения большинство хирургов ориентируются на гистологическое исследование строения полипов, которое может быть вы-

полнено с помощью прицельной эндоскопической биопсии. С учетом этих замечаний классификации А. А. Нарычева с соавт. и П. Г. Харченко, взаимно дополняющие друг друга, с клинической точки зрения более приемлемы, особенно если учесть, что общепринятой классификации полипов желудка до настоящего времени нет.

Клиника и диагностика полипов желудка

Клиническая картина полипов желудка чрезвычайно разнообразна. Нет никаких клинических признаков, которые были бы патогномичны только полипам желудка. Все симптомы с разной частотой, продолжительностью и степенью выраженности наблюдаются также при гастритах, язвенной болезни, раке и других заболеваниях. Бессимптомная форма течения заболевания наблюдается от 5 до 16% (И. С. Шепелева, 1956; П. Г. Харченко, 1959, и др.).

Клинические проявления полипов желудка зависят от локализации, количества, величины, а также от гистологического строения полипов. Большое значение имеет функциональное состояние желудка, характер морфологических изменений слизистой оболочки и длительность заболевания. Начало заболевания чаще всего незаметное, постепенное. Целенаправленный, тщательно собранный, анамнез в большинстве случаев позволяет выявить некоторые данные о характере заболевания. Боли в подложечной области являются основным и самым частым симптомом при полипах желудка. Боли ноющего и тупого характера локализуются преимущественно в эпигастриальной области. Иногда боли в животе имеют разнообразный характер без определенной локализации, иррадиируют в область лопатки, поясницы и в основном связаны с приемом пищи.

Болевой симптом встречается от 51 до 88,6%. По данным А. В. Мельникова (1954), боли в эпигастриальной области у больных с доброкачественными полипами встречаются в 82,7% случаев, В. Н. Сагайдак (1961)— в 71%, С. Л. Рудовой (1973),— в 66%, И. С. Шепелевой (1956),— в 85%. Чаще боли возникают через 1,5—3 ч после приема пищи и продолжаются иногда 2—3 ч, затем стихают. Иногда боли в животе столь интенсивны, что имитируют прободную язву или напоминают клиническую картину холецистита.

Боли в эпигастриальной области и других локализациях при полипозе желудка, вероятно, зависят не от полипа, а связаны с комплексом изменений в слизистой оболочке желудка (атрофический или гипертрофический гастрит).

Помимо болей, больные нередко отмечают чувство тяжести в подложечной области, быструю насыщаемость при приеме пищи, понижение или отсутствие аппетита, отрыжку, изжогу, тошноту, реже рвоту, неприятный вкус во рту, слюнотечение, неустойчивый стул, метеоризм, общую слабость.

Однако все эти симптомы, но в разной степени выраженности и частоты, как уже отмечалось, являются общими и для гастрита, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, и для рака. Они могут быть очень разнообразны по частоте, продолжительности, по жочетанию и по характеру. У большинства больных имеется длительный анамнез. По данным П. Г. Харченко (1959), продолжительность заболевания у 99 больных полипами желудка была от 6 мес до 20 лет и более, причем наибольшую группу составили больные с продолжительностью заболевания от 1 года до 2 лет. По данным С. Л. Рудовой (1973), из 96 больных с полипами желудка у 76,9% анамнез болезни был свыше 3 лет, а у 58,4% — свыше 5 лет.

Иногда начало заболевания больные связывают с расстройством деятельности кишечника или с анемией и это является единственным проявлением б^Флезни. В дальнейшем могут присоединяться другие симптомы. Аппетит вначале сохранен, затем понижен. Отрыжка и тошнота отмечаются примерно у 1/3 больных, тошнота— у 42% больных. На частоту тошноты не оказывает влияния характер полипа: доброкачественный полип, злокачественный или рак, она может быть связана с понижением кислотности, плохой усвояемостью пищи и, возможно, с нарушенной эвакуацией.

Рвота является менее частым симптомом, чем тошнота и отрыжка, она наблюдается от 7,2 до 20—23% и связана либо с общим изменением в желудке (гастрит), либо имеет нервно-рефлекторное происхождение. При наличии полипа на ножке он может выпадать в двенадцатиперстную кишку и закрывать выход из желудка, создавая явления непроходимости.

В. Н. Сагайдак у 70% больных отметил похудание, почти 95% наблюдаемых им больных страдали гипо- и анацидным гастритом до обнаружения полипов, из них 50% с длительностью заболевания более 10 лет. Синдром «малых признаков» выявлен у 80% больных с малигнизированными полипами и у 42%— с доброкачественными полипами.

Кровавая рвота при полипах, по данным отечественной сборной статистики (А. В. Мельников, 1954), встречается у 9% больных. Сам автор наблюдал кровавую рвоту у 3,8% больных (у 4 и 104), имевших доброкачественные полипы. В литературе опубликованы случаи смертельных

кровотечений из доброкачественных опухолей. По данным В. Н. Сайгайдак, у 49,4% больных обнаруживают кровь в кале.

Пальпаторные данные при полипах желудка чрезвычайно скудны. Даже на операции полипы часто не удается пропальпировать через стенку желудка и поэтому рекомендуется вскрывать желудок. А. Д. Рыбинский (1938) из 120 больных, имевших полипы, только в одном случае под экраном пальпировал полип. Общие симптомы, нередко наблюдаемые при полипах желудка, следующие: общая слабость, потеря массы тела, утомляемость, плохой сон, депрессивное состояние, головные боли, головокружение, в некоторых случаях повышение температуры тела.

Повышение температуры тела обычно связано с обострением воспалительного процесса.

Выпадение полипа в двенадцатиперстную кишку характеризуется появлением сильных режущих и схваткообразных болей, которые могут симулировать обострение язвенной болезни или прободение язвы, острый аппендицит, острый холецистит и другие острые заболевания органов брюшной полости. П. Г. Харченко (1959) привела данные Balfour, который наблюдал интриттирующую обтурацию двенадцатиперстной кишки у 10% больных с полипами желудка. В определении локализации и характера заболевания решающее значение имеет рентгеноэндоскопическое обследование больного с биопсией полипа.

Рентгенодиагностика. Рентгенологическое исследование во многих случаях позволяет распознать полипозную болезнь в ее самых ранних морфологических проявлениях. Исследование рекомендуется производить с густой и жидкой бариевой взвесью в различных положениях больного (многоосевое и боковое просвечивание). По данным Онкологического научного центра АМН СССР, полипы желудка обнаруживают у 4,6% больных, подвергшихся рентгенологическому исследованию желудка. Большие возможности в этом отношении дает методика двойного контрастирования желудка газом и бария сульфатом (А. А. Зяббаров, 1958).

Основным рентгенологическим симптомом полипа является «дефект наполнения» округлой или овальной формы с четкими ровными контурами (рис. 5). «Дефект наполнения» смещается, если полип имеет ножку и совершает маятникообразные движения или описывает дугу у места прикрепления. Выпадение полипа в двенадцатиперстную кишку чаще всего выявляется при укладывании больного на правый бок. Иногда полип свободно входит в двенадцатиперстную кишку и выходит. При этом четко видно перемещение «дефекта наполнения».

Если полип увлекает за собой слизистую оболочку желудка и она инвагинируется в просвет двенадцатиперстной кишки, то рентгенологически определяется «кольцевидный дефект наполнения». Ножка полипа определяется в виде нити просветления различной длины, которая направляется к округлому дефекту наполнения — полипу.

При наличии ворсинчатого полипа «дефект наполнения» имеет изъеденные расплывчатые контуры, вследствие проникновения контрастной взвеси между ворсинками.

Полипы не нарушают моторной функции желудка и даже при больших размерах опухоли не наблюдается перерыв перистальтической волны и складок слизистой, так как нет инфильтрации стенок его. При полипе складки слизистой оболочки желудка раздвигаются, а при раке обрываются.

«Дефект наполнения» обычно расположен на передней или задней стенке, ближе к малой или большой кривизне желудка и отделен от них полоской неизменной слизистой оболочки. при наличии множественного полипоза видны множественные «дефекты наполнения» различной величины округлой или овальной формы с четкими контурами или в виде «тутовых ягод» (рис. 6). Рентгенологические признаки малигнизации полипов: 1) неправильная форма «дефекта наполнения» с зубринами и нечеткими контурами;

2) выпадение перистальтики на уровне полипа, что указывает на инфильтрацию подслизистого, а иногда и мышечного слоев желудка; 3) увеличение размера «дефекта наполнения» при повторном исследовании больного.

Следует, однако, учитывать, что рентгенологические признаки малигнизации и данные микроскопического исследования не всегда совпадают. Одним из частых признаков малигнизации является наличие крупного полипа. Указанный признак наблюдается примерно у 20% больных. При рентгенологическом исследовании до операции малигнизация не была распознана у 37% больных (В. Н. Сагайдак, 1961, и др.). Картина «депо» на поверхности доброкачественного полипа может быть создана за счет неровности его поверхности, а не за счет изъязвления.

При доброкачественных полипах это можно объяснить тем, что полип, располагаясь на складке слизистой оболочки желудка, создает рентгенологическую картину обрыва последней. Подозрение на малигнизацию полипов должны вызвать наличие неровности (изъеденности) контуров и прогрессирующий рост их, выпадение перистальтики и ригидность стенки органа, однако необходимо отметить, что рентгенологическую картину «неровного контура» могут симулировать мелкие тесно прилежащие друг к другу доброкачественные полипы, которые создают впечатле-

ние одного бугристого образования, а рост полипов присущ как малигнизированным, так и доброкачественным полипам.

И.С.Шепелева (1956) переход полипов в рак наблюдала у 21% больных. По данным А. А. Зябарова (1958), основанным на изучении 343 больных полипами желудка (192 неоперированных и 151 оперированных) «спокойные»- стабильные в рентгенологическом изображении полипы наблюдались у 76% больных (прослежены от 2 до 11 лет), из них у 95,2% были одиночные полипы, что очень важно подчеркнуть, так как малигнизации чаще всего подвергаются множественные аденоматозные полипы. Прогрессирование заболевания автор отметил у 20,4% повторно обследованных больных озлокачествление полипов наблюдалось у 5,7% всех неоперированных больных и у 29,9% оперированных.

Таким образом, наличие клинических и рентгенологических признаков малигнизации полипа не является достоверным доказательством перехода его в рак а отсутствие таковых еще не говорит о доброкачественном характере полипа. И Б Розанов (1960), сравнивая количество полипов, обнаруженных при рентгенологическом исследовании и при изучении макропрепаратов, отметил, что часть полипов выпадает из поля зрения при рентгенологическом обследовании больных. Так, в 43 наблюдениях при рентгенологическом исследовании количество полипов было занижено, а в 6 наблюдениях неточно были локализованы пораженные полипами отделы желудка.

Дифференциальная диагностика. Затруднения в рентгенологической диагностике представляют неэпителиальные опухоли (фибромы, липомы, миомы, невриномы

и др.). Диагноз полипа исключается, если над опухолью удастся проследить рельеф слизистой оболочки желудка постоянного характера или меняющейся в зависимости от перемены положения опухоли. Но в том случае, если опухоли большие и они растут в просвет желудка, если они приподнимают и растягивают слизистую оболочку, то рентгенологически дифференциальный диагноз становится почти невозможным. При раке желудка складки слизистой оболочки прерываются (инфильтрация), при язве желудка—они сходятся у язвы, при полипе желудка—складки слизистой дугообразно огибают полип и отмечается его перемещение на ножке. Разумеется все эти признаки не являются абсолютными и постоянными.

Инородные тела желудка (грибы, косточки, зерна фруктов, трихофитобезоары) при рентгенологическом исследовании также часто дают дефекты наполнения, аналогичные полипам. В этих случаях промывание желудка и перемещение инородных тел при исследовании позволяет избежать диагностических ошибок.

Гастроскопия. Наибольшую информацию в диагностике заболевания желудка вообще и дифференциальной диагностике полипов в частности дает сочетание рентгенологического исследования с гастроскопией, при этом фиброгастроскопия с биопсией имеют решающее значение. При рентгенологическом исследовании полипы желудка выявляются в 0,5% случаев (Marshak, Feldman, 1965), а при гастроскопии до 4,1% (Gandolfi, Masiello, 1974). Гастроскопия, применяемая в сочетании с рентгенологическим исследованием, значительно повысила точность диагноза, подтвержденного лапаротомией в 95—96% (В. И. Рятсеп, 1962).

Направленная гастробиопсия имеет большое значение для дифференциальной диагностики патологических процессов в желудке. Во всех случаях полипоза гастроскопически и гистологически обнаруживают картину атрофии слизистой оболочки. При гастробиопсии полипов выявляются метаплазия железистых клеток различной интенсивности.

По данным литературы, от 3 до 40% полипов, выявляемых при эндоскопии, не видны при рентгенологическом исследовании (А. В. Григорян, Э. В. Луцевич, И. Н. Белов, 1976).

При эндоскопическом исследовании на растянутой воздухом гладкой слизистой оболочке желудка, как правило, отчетливо видны полипы даже небольших размеров.

Визуальная картина и отрицательные данные гистологического исследования могут быть причиной ошибочного диагноза, в связи с неправильной оценкой визуальной картины, неправильным производством биопсии и т. д. Н. С. Смирнов (1948) отметил, что на злокачественный характер полипа указывает неровность и бугристость его, особенно изъязвление поверхности. Однако окончательный диагноз может быть поставлен только после морфологического серийного исследования всего удаленного полипа.

Д. Л. Бержаденко и А. С. Гусев (1977) проводили эндоскопическое исследование культи желудка фибро-скопами фирмы «Олимпус», при этом у 5 больных (4,4%) были выявлены полипы, диаметр их колебался от 0,6 до 2 см, в то время как рентгенологически они были выявлены только у 3 больных. В дифференциальной диагностике желудочной патологии иногда необходимо сочетание гастроскопического и рентгенологического метода исследования с лапароскопией. Эти методы, дополняя друг друга, дают возможность правильно установить диагноз.

По наблюдениям В. Н. Сотникова с соавт. (1975), при гастролапароскопии рак желудка был выявлен у 223 больных (из 252 выявленных рентгенологически), полипоз желудка—у 10, а у остальных больных диагностированы другие заболевания желудка.

Таким образом, при эндоскопическом методе обследования больного, выполненном одновременно с трансиллюминацией и прицельной биопсией клинко-рентгенологический диагноз может быть уточнен, а в ряде случаев изменен. Сочетание гастроскопии и лапароскопии позволяет одновременно оценить состояние слизистой оболочки и серозного покрова органа, произвести осмотр в условиях трансиллюминации, при наполнении желудка воздухом. Все это облегчает дифференциальную диагностику, позволяет установить точную локализацию и степень распространения патологического процесса.

В диагностике полипов желудка определенное место занимают **лабораторные исследования**, в частности исследование желудочного сока, реакция на скрытую кровь в желудочном содержимом и кале, изменения показателей крови и др. Характерным симптомом полипозной болезни желудка считается ахилия. По сборной статистике, приведенной Н. С. Тимофеевым (1950), ахилия отмечается у 86,6% больных, а по данным И. С. Шепелевой (1956),—в 82,6% и только у 5,7% больных нормальные цифры кислотности.

А. В. Мельников считал, что подавленная желудочная секреция является самым характерным признаком полипов желудка, поэтому любая ахилия должна настораживать врача. Сравнивая полученные результаты функционального исследования желудка при различных заболеваниях, И. С. Шепелева отметила, что для полипозной болезни желудка характерно угнетение секреторной и двигательной функции, которые в подавляющем большинстве случаев протекают по тормозному типу. По данным автора, при полипах желудка двигательная функция часто нарушается раньше секреторной, при этом нарушения двигательной функции проявляются чаще всего и глубже в изменении перистальтической деятельности, а эвакуация и тонус желудка изменяются обычно в меньшей степени.

При исследовании желудочного сока на скрытую кровь разными авторами получены разноречивые результаты. Так, А. Д. Рыбинский (1939) отметил, что реакция на скрытую кровь в желудочном содержимом почти у всех больных была отрицательная, а по данным П. Г. Харченко (1959), наличие крови в желудочном соке наблюдается у 69,7% больных, а в кале—у 58,5%. Скрытое кровотечение нередкое проявление полипоза, что связано с легкой ранимостью слизистой оболочки желудка и изъязвлением полипов.

При полипах желудка часто развивается гипохромная анемия, которая является следствием ахилии, связанной с хроническим гастритом и глубоким нарушением функции желез слизистой оболочки желудка.

По данным И. С. Шепелевой, анемия при полипах желудка наблюдается в 25% случаев, при этом отмечается как умеренное, так и значительное снижение гемоглобина, а количество эритроцитов соответствует цветовому показателю. Иногда наблюдается анизоцитоз и пойкилоцитоз.

Лечение полипов желудка

В выборе метода лечения полипов желудка до настоящего времени нет единого мнения. Большинство авторов при выборе метода лечения полипов различных отделов пищеварительного тракта руководствуются известным положением, что полипы— есть стадия развития рака, другие считают подобную трансформацию преувеличенной. В этой связи становится понятным различный подход к лечению больных, от радикальных операций сразу по установлении диагноза до динамического наблюдения и оперативного лечения только при явных признаках малигнизации полипов. Объем и выбор метода хирургического лечения продолжают оставаться предметом дискуссии.

Большинство хирургов при аденоматозных и малигнизированных полипах методом выбора лечения считают резекцию желудка и лишь в случаях доброкачественных полипов, а также учитывая общее состояние больного и местные изменения—полипэктомия. С внедрением в практику фиброэндоскопов полипэктомия через гастроскоп при доброкачественных полипах желудка находит все большее применение.

Консервативное лечение полипов желудка

Консервативное лечение полипов желудка не эффективно, оно сводится к назначению лечебного питания, приему разведенной хлористоводородной кислоты, санаторно-курортному лечению и др. Все эти мероприятия приводят лишь к временному улучшению местного (проявления гастрита) и общего состояния. Однако секреторная функция не восстанавливается, симптомы хронического гастрита не ликвидируются, и полипы не подвергаются обратному развитию (А. В. Мельников, 1954; П. Г. Харченко, 1959, и др.), поэтому консервативная терапия не может быть рекомендована как метод лечения полипов желудка, особенно учитывая трудности выявления их злокачественного перерождения.

Оперативное лечение полипов желудка

В обоснование радикального оперативного лечения полипов желудка А. В. Мельников (1954) выдвинул следующие два положения: 1) вылечить полип желудка путем консервативной терапии невозможно; 2) исключить малигнизацию доброкачественного полипа (т. е. 1-ю стадию рака) при современных методах исследования больного также невозможно.

А. П. Мирзаев (1960) предложил следующую тактику при полипах желудка. Если во время лапаротомии установлено, что полипы отчетливо пальпируются, а общее состояние больного и его возраст не являются противопоказанием к радикальной операции, то показана резекция желудка. Автор рекомендовал при небольших размерах полипов, когда нет сомнений в их доброкачественной природе, производить резекцию желудка в пределах видимо (макроскопически) не пораженных отделов слизистой оболочки желудка, но не менее 2/3 его. В случаях, когда доброкачественность полипов вызывает сомнение или имеются явные признаки злокачественного перерождения полипа (размеры его более 2 см, кровоточивость, шероховатая поверхность, ломкость), показана субтотальная резекция желудка, как при раковом поражении его, но предварительно нужно сделать срочную биопсию подозрительного на малигнизацию полипа. Однако не все авторы признают необходимость оперативного лечения полипов. Е. Л. Березов (1947) рекомендовал оперировать больных с очень большими полипами, осложненными и подозрительными на малигнизацию. За остальными больными, по его мнению, надо вести наблюдение. А. В. Мельников (1954) считал, что при полипах желудка половинчатые меры непригодны—они опасны. Выжидательная тактика при лечении больных с полипами часто приводит к развитию запущенного рака. Многие авторы методом выбора лечения полипов желудка считают резекцию. При доброкачественных полипах обычно выполняют резекцию желудка по Бильрот-1, Гофмейстеру — Финстереру, Полна — Рейхелю, Бальфуру или производят гастротомию для иссечения полипа.

При резекции желудка необходимо тщательно обследовать оставшуюся часть желудка, для того чтобы убедиться в отсутствии полипов. Для этого после отсечения органа вводят в просвет культи желудка большие печеночные крючки и осматривают его слизистую оболочку.

По мнению А. В. Мельникова, если часть слизистой оболочки желудка имеет атрофический вид, а выше этого места слизистая нормальная или поражена гипертрофическим гастритом, то при резекции следует иссечь стенку желудка не менее чем на 4—5 см выше линии, разделяющей участки атрофического гастрита от соседнего вышележащего отдела нормальной слизистой оболочки. При высоко сидящих одиночных полипах показана резекция верхней половины желудка (проксимальная резекция), а при множественных полипах, расположенных около кардии, как и при тотальном аденоматозном гастрите, рекомендуется удалять весь желудок.

Большинство хирургов удаляют полип или производят резекцию желудка в зависимости от характера и количества полипов, используя срочную цитодиагностику: при одиночном доброкачественном полипе его удаляют, при множественных полипах — производят резекцию желудка. Иссечение одиночного полипа считается допустимым, когда имеется: 1) одиночный гранулематозный полип на фоне малоизмененной слизистой оболочки, что подтверждается срочной биопсией; 2) одиночный доброкачественный полип кардиального отдела желудка; 3) одиночный доброкачественный полип на фоне неизмененной слизистой оболочки в любом отделе желудка у людей преклонного возраста с сопутствующимиотягающими заболеваниями.

При такой тактике А. П. Мирзаев (1960) наблюдал за 20 больными после иссечения одиночного полипа в сроки от 1 года до 7 лет, ни рецидива полипа, ни ракового перерождения рубца на месте иссечения полипа не было выявлено ни у одного больного.

Вопрос о выжидательной тактике при одиночных полипах небольших размеров до сих пор является спорным. А. Д. Рыбинский (1939), Ю. Е. Березов и А. Н. Симанович (1943) и др. считают, что необходимо оперировать тех больных, у которых есть подозрение на перерождение, если полип больших размеров, при выпадении полипа в двенадцатиперстную кишку, при ущемлении полипа или кровотечении, а также у пожилых больных. У молодых больных при наличии мелких полипов требуется систематическое наблюдение и консервативное лечение сопутствующего гастрита.

По мнению А. В. Мельникова (1954), в связи с реальной возможностью перерождения полипов в рак, если учесть, что клинически доброкачественный полип у каждого третьего больного при микроскопическом исследовании оказывается раковым, то операция при полипах должна быть радикальной. Операцией выбора при полипах, по его мнению, должна быть резекция не менее 2/3 желудка с наложением добавочного межкишечного соустья, иссечением большого и малого сальника, удалением 1—4 коллекторов лимфатических узлов даже в случаях, когда эти узлы и не увеличены.

И. Б. Розанов (1961) рекомендовал производить субтотальную резекцию при полипах желудка, так как при ней удаляются основные патологически измененные участки слизистой оболочки, являющиеся источником полипов. Изучая лимфатическую систему желудка, автор пришел к выводу, что при полипах, подозрительных на малигнизацию, следует вместе с желудком удалять и связочный аппарат, иссекая большой и малый сальники, чтобы убрать 1-й и 2-й коллекторы лимфатических узлов. На основании изучения ближайших и отдаленных результатов автор отметил несомненное преимущество более физиологической операции по способу Бильрот-1 в сравнении со способом Бильрот-11. Однако, по его мнению, резекция желудка по способу Бильрот-1 противопоказана у больных со значительной анемизацией и истощением, т. е. в тех случаях, когда отмечается пониженная регенеративная способность тканей, а также при очень распространенном полипозе и в случаях малигнизированных полипов, когда должна быть выполнена субтотальная резекция желудка.

П. Г. Харченко (1959) также считала, что методом выбора должна быть резекция желудка, целесообразность которой объясняется невозможностью установить начало развития рака из полипа и трудностями, которые возникают на операции при решении вопроса о злокачественности. Во время операции у больных с полипами желудка в большинстве случаев удается обнаружить полипы путем тщательной пальпации через переднюю стенку желудка и бимануально через сделанное отверстие в желудочно-ободочной связке. Однако не всегда во время операции при ревизии желудка путем осмотра и пальпации можно обнаружить полипы, выявленные рентгенологически или гастроскопически.

При неотчетливых пальпаторных данных, ошибочно за полип можно принять отечную или ги-перплазированную складку слизистой оболочки желудка. В этих случаях показана диагностическая гастротомия с визуальным исследованием слизистой оболочки желудка и применение в соответствующих случаях биопсии. В части случаев и при гастротомии с визуальным исследованием возможны неправильная трактовка имеющихся изменений и ошибочные выводы. Причины возникновения ошибок при гастротомии с визуальным исследованием слизистой оболочки состоят в том, что ревизию производят через небольшое отверстие в стенке желудка, без соблюдения правил техники осмотра слизистой оболочки и без срочной биопсии. Так, А. П. Мирзаев (1960) сообщил о 5 больных, которым после гастротомии и осмотра была произведена резекция желудка по поводу предполагавшихся полипов, однако при гистологическом исследовании удаленных препаратов, полипов не обнаружили (у четырех больных была аденоматозная гиперплазия слизистой оболочки и у одного — кистозно-перерожденные бруннеровы железы были ошибочно приняты за полипы). Причиной ошибки было то, что ревизию производили через небольшое отверстие в стенке желудка и не выполнили срочную биопсию.

Рекомендуется предпринимать диагностическую гастротомию не тогда, когда что-то определенно прощупывается в стенке желудка, а тогда, когда возникает необходимость в визуальном осмотре и оценке состояния слизистой оболочки желудка для выявления или отклонения клинически подозреваемых в ней предраковых изменений (П. Н. Напалков, 1958). Без выполнения диагностической гастротомии и без осмотра желудка изнутри возможны серьезные ошибки, так как многие лапаротомии не освободят врача от дальнейших подозрений и ошибок в случаях предраковых изменений желудка.

Диагностическая гастротомия, предпринятая с целью распознавания предраковых изменений желудка, имеет некоторые особенности. Если при явном раке желудка хирург определяет объем резекции без вскрытия просвета желудка, то при операциях по поводу предраковых заболеваний желудка нельзя осуществлять резекцию его по принципу «операции на замкнутой культе». По поводу предрака желудка необходимо производить резекцию на открытой, обозреваемой культе желудка, в сочетании с обязательной срочной биопсией, которая резко повышает ее практическое значение.

Задача диагностической гастротомии при предраке желудка более широкая; она должна не только подтвердить наличие в желудке опасных изменений, но и дать ясное представление о пределах их распространенности, чтобы произвести резекцию в пределах здоровых тканей. При нечетких предраковых изменениях в стенке желудка гастротомия должна быть широкой продольной, позволяющей произвести хороший осмотр всех отделов желудка. Необходимо подчеркнуть, что показания к диагностической гастротомии при предраковых заболеваниях желудка должны быть строго ограничены только теми случаями, когда иными способами нет возможности разрешить сомнение.

Серьезным возражением против применения диагностической гастротомии является образование рубцов и деформации, которые могут в дальнейшем затруднить клиническое, рентгенологическое, а также гастроскопическое наблюдение за больным и даже повлечь ненужные по-

вторные операции. Для того чтобы избежать образования глубокого рубца и деформации следует применять изолированную перевязку сосудов в стенке желудка и зашивать гастротомическую рану так, чтобы кетгутовый шов слизистой оболочки был аккуратно наложен и не захватывал других слоев, а шов серозы также не захватывал глубже расположенных слоев. Тогда возникает нежный линейный рубец и деформаций не получается.

Необходимо отметить, что в ряде случаев диагностическая гастротомия и визуальное исследование не гарантируют от ошибок, поэтому ее должен проводить очень опытный хирург.

С целью профилактики возможного инфицирования брюшной полости желудочным содержимым при гастротомии и связанных с этим осложнений рекомендуется произвести опорожнение желудка перед операцией путем введения толстого зонда в положении больного на боку; тщательное отгораживание операционного поля салфетками; бережное отношение к тканям стенки желудка при ушивании гастротомической раны; применение антибиотиков по окончании операции. Одним из наиболее грозных осложнений в послеоперационном периоде после резекции желудка по поводу полипов является перитонит, частота его, по данным разных авторов, различна. По сборной статистике А. В. Мельникова (1954), на 327 резекций желудка по поводу полипов, умерли от перитонита 37 больных (11,3%), П. Г. Харченко (1959) на 58 резекций желудка по поводу полипов отмечает 5 летальных исходов (8,6%) от перитонита.

Основной причиной перитонита является несостоятельность швов, реже — инфицирование брюшной полости при резекции и наложении анастомоза.

По данным А. В. Мельникова (1954), из 93 больных, которым была произведена резекция желудка разными хирургами, ни у одного больного не было перитонита, автор объяснял это тем, что операция производилась без жомов, со строгим соблюдением асептики, а также благодаря тщательной предоперационной подготовки и правильному послеоперационному ведению больных. В качестве профилактики перитонита перед операцией рекомендуется промывать желудок разведенной хлористоводородной кислотой, прокладывать салфетку при перерезке связок, где проходят лимфатические пути, и смазывать йодной настойкой перерезанные культы связок и швы анастомоза. Анастомозит, нагноение операционной раны, пневмония являются более редкими осложнениями в послеоперационном периоде. Эти осложнения не являются специфическими для данного вида операции и требуют общепринятых мер профилактики, с учетом особенностей течения послеоперационного периода у данного больного.

В прямой зависимости от частоты перитонита находится послеоперационная летальность после резекций желудка по поводу полипов. По данным А. В. Мельникова, из 314 больных резекция желудка была выполнена у 248 (79%) с летальностью 26 больных (10,5%).

В опубликованной С. Л. Рудовой (1973) сборной статистике послеоперационная летальность при полипах желудка составила, по данным зарубежных авторов, после резекции желудка, выполненной у 275 больных, от 2 до 21,1%, а при полипэктомии у 184 больных—1,08%. По данным отечественных авторов, при резекции желудка, выполненной у 4402 больных, летальность была от 1,1 до 19%, а при полипэктомии у 252 больных—0,39%.

Приведенные данные сборных статистик послеоперационной летальности зарубежных и отечественных авторов до 1967 г. свидетельствуют прежде всего о том, что резекция желудка наиболее часто применяется при полипах желудка, особенно отечественными хирургами, на втором месте — полипэктомия, что же касается гастрэктомии, то ее применяют одинаково редко как отечественные, так и зарубежные хирурги. Колебания показателей послеоперационной летальности у разных авторов, по-видимому, связаны с доброкачественными или малигнизированными формами полипов, по поводу которых производилась резекция, о чем не все авторы сообщают. Так, по данным И. Б. Розанова (1960), послеоперационная летальность при доброкачественных полипах была около 2%, а при малигнизированных—до 8,6%. За последние годы, по данным С. А. Рудовой, послеоперационная летальность после резекции желудка по поводу доброкачественных полипов существенно не изменилась и составляет 4,6—8,3%, в то же время других сообщений о летальности в связи с полипэктомией в литературе нам не встретилось.

Эндоскопическая полипэктомия при полипах желудка

Эндоскопическая полипэктомия производится как при одиночных, так и при множественных полипах доброкачественного характера. Электроэксцизия полипов (или полипэктомия с электрокоагуляцией основания полипа) через эндоскоп с обязательной биопсией в настоящее время считается самостоятельным методом лечения полипов и в большинстве случаев при доброкачественных полипах является окончательной операцией (В. С. Савельев, В. М. Буянов, Ю. М. Корнилов, А. С. Балалыкин, 1975, и др.). Указанные авторы считают, что полипэктомия показана всем больным с одиночными и множественными полипами желудочно-кишечного тракта. По их мнению, абсолютными показаниями к полипэктомии являются: 1) полипы, подозрительные

на малигнизацию,— изъязвленные, осложнившиеся кровотечением; 2) одиночные и множественные полипы с выраженной клинической картиной болезни; 3) одиночные и множественные растущие бессимптомные полипы. Мелкие полипы диаметром до 0,5 см удаляют или коагулируют биопсийными щипцами.

А. В. Григорян, Э. В. Луцевич, И. Н. Белов (1976) считают показанием к полипэктомии через эндоскоп — наличие от 1 до 5—7 полипов в любом отделе пищеварительного тракта, имеющих выраженную ножку, достигающих размеров не менее 0,3 см в диаметре и располагающихся на некотором удалении друг от друга. При малигнизации полипа, по мнению авторов, электроэксцизию через фиброскоп также следует считать показанной, так как в подобных случаях она может явиться окончательной операцией. По данным авторов, полипэктомия через эндоскоп не может быть выполнена при размере полипа менее 0,3 см в диаметре и полипе на широком основании, так как его невозможно захватить петлей.

Методика полипэктомии через гастроскоп включает несколько этапов:

- 1) после введения гастроскопа проводится эндоскопическое исследование и отыскивание полипов;
- 2) введение металлической петли в желудок и набрасывание ее на основание полипа;
- 3) постепенное отсечение полипа;
- 4) проверка правильности и эффективности полипэктомии (при оставлении культи полипа необходимо иссечь его основание или произвести электрокоагуляцию);
- 5) извлечение удаленного полипа (или полипов);
- 6) динамический контроль за состоянием слизистой оболочки желудка после полипэктомии.

Для удаления полипа через гастроскоп используют металлическую петлю или петлю, изготовленную из стальной проволоки (В. С. Савельев и др., 1975, и др.), проходящую в полиэтиленовом или фторопластовом проводнике, который изолирует гастроскоп и окружающую слизистую оболочку желудка от петли во время прохождения диатермического тока высокой частоты.

Исследование проводят утром натощак. премедикация— 1 мл 0,1% раствора атропина с целью уменьшения саливации и подавления желудочной перистальтики. За 30 мин до начала исследования вводят под кожу 1—2 мл 1% раствора димедрола или 2,5% раствора дипразина, а иногда 1 мл 1—2% раствора промедола. Местная анестезия зева и глотки осуществляется 2% раствором дикаина в количестве не более 6 мл. Использование этих препаратов позволяет добиться хорошей анестезии, устранения рвотного и кашлевого рефлексов, снижения секреции слюны и желудочного сока, снятия спастических явлений. Больного укладывают на операционный стол на левый бок с согнутыми в коленных суставах ногами, лицом к эндоскописту. Рекомендуется также использовать положение на спине, благодаря которому лучше становится осмотр антрального отдела и особенно малой кривизны дистальнее угла желудка. К правой голени прибинтовывают увлажненную пластинку (пассивный электрод от электроножа). Проволочную петлю перед эндоскопией вводят в пластиковый проводник таким образом, чтобы из него выступал лишь кончик петли для свободного проведения по биопсийному каналу гастроскопа. С другой стороны проводника остаются свободными два конца проволоки, которые захватывают зажимами, что позволяет изменять величину петли соответственно размерам полипа. После введения гастроскопа в желудок отыскивают полип. При необходимости производят «инструментальную пальпацию» и фотографирование.

Фиброэндоскоп дает возможность в процессе исследования изучить состояние слизистой оболочки пищевода, кардии, желудка (или культи желудка с зоной анастомоза) и двенадцатиперстной кишки.

Через биопсийный канал проводят металлическую петлю, затем ее раскрывают и набрасывают на основание удаляемого полипа. Сокращением просвета петли достигается сдавление основания полипа. Чтобы легче захватить полип петлей, особенно если полип небольшой, Deyhle и соавт. (1973) предложили под основание мелких полипов специальной иглой вводить 1—2 мл изотонического раствора хлорида натрия, в результате чего они больше выступают в просвет органа и легко захватываются.

Металлическую петлю, накинутую на основание полипа, рекомендуется затягивать плавно, без рывков, сочетая затягивание с одновременным включением диатермического электрического тока на 1—2 с в конце каждого момента затягивания. При таком постепенном проведении этого этапа операции, по мере затягивания петли, происходит тромбоз сосудов ножки полипа и его омертвление, благодаря чему не наблюдается кровотечения после отсечения полипа, в то время как чрезмерно быстрое затягивание петли приводит к механическому срезанию полипа с возможным значительным кровотечением (В. С. Савельев и др., 1975; А. В. Григорян и др., 1976, и др.). Момент отсечения полипа легко определяется по характерному щелчку, отсутствием со-

противления при окончательном затягивании петли и иногда отскакиванию полипа в сторону. Сразу после электроэксцизии необходимо осмотреть образовавшуюся рану, окружающие участки слизистой оболочки, а затем извлечь отсеченный полип. Чаще всего удаленный полип вакуум-отсосом присасывается к смотровому окну аппарата и извлекается вместе с эндоскопом. Когда это сделать не удается, вместо петли вводят по биопсийному каналу щипцы для биопсии, которыми захватывают удаленный полип и вместе с эндоскопом извлекают наружу. Удаление полипа нередко требует больше времени, чем все другие этапы полипэктомии, так как полип может скрываться на дне слизистого озера в желудке, а при перистальтике даже может оказаться в двенадцатиперстной кишке. При затруднении обнаружения полипа, рекомендуется отсосать жидкость из желудка или изменить положение больного (опустить нижний конец стола, положить на спину и др.), при этом жидкость растекается и полип становится видимым. При наличии нескольких полипов целесообразнее произвести сначала электроэксцизию всех полипов, начиная с дистального, а затем поочередно удалить их под контролем зрения. В последнее время предложены специальные щипцы и «корзинки» для извлечения полипов через биопсийный канал эндоскопа. На месте, откуда удален полип, остается округлой формы дефект, покрытый серовато-грязным налетом, который эпителизируется в среднем через 3—4 нед. Все это время больные должны соблюдать диету. По наблюдениям А. В. Григоряна с соавт. (1976), из 32 электроэксцизии полипов петлей через эндоскоп кровотечение, остановленное консервативными мероприятиями, произошло при Двух полипэктомиях. Другим осложнением считается неполное удаление полипа, которое требует повторного вмешательства. При использовании современных двухканальных фиброэндоскопов значительно облегчается набрасывание петли на полип, который захватывают биопсийными щипцами, проведенными в раскрытую петлю в просвете органа. С целью профилактики возможной перфорации стенки органа во время полипэктомии не рекомендуется давить на стенку желудка и подтягивать полип. Учитывая возможные кровотечения и даже перфорации стенки, полипэктомию через гастроскоп рекомендуется проводить в условиях стационара и ее должны выполнять эндоскописты, хорошо владеющие данной методикой операции. Это особенно следует учитывать при выполнении полипэктомии в амбулаторных условиях, где она допустима лишь в отдельных случаях, при наличии соответствующих условий и при неосложненных полипах на узкой ножке. В заключении раздела о лечении полипов желудка, нужно еще раз подчеркнуть, что при всей сложности этого вопроса и противоречивости рекомендаций разных авторов, выбор метода должен быть индивидуальным, с учетом формы, локализации, распространенности полипов, их числа и величины и других осложнений, а также возраста и общего состояния больного. При аденоматозных полипах на широком основании, особенно больших размеров с признаками малигнизации их или кровотечения, а также при рецидивах после повторных полипэктомий, показана резекция желудка, объем которой решается в зависимости от распространенности полипов, общего состояния и возраста больного.

При наличии мелких или одиночных доброкачественных полипов, особенно у больных молодого возраста, показана полипэктомия с обязательной биопсией и последующим систематическим контролем (гастроскопия через 2—3 мес, рентгеноскопия через 4—6 мес).

В настоящее время многие авторы считают, что полипэктомия и, в частности, электроэксцизия доброкачественных полипов через гастрополоскоп имеет большие преимущества перед всеми другими методами лечения (Ю. Е. Березов и др., 1972; В. С. Савельев и др., 1975; А. В. Григорян и др., 1976; Э. В. Луцевич и др., 1977, и др.).

В дискуссии по вопросу о выборе метода лечения доброкачественных полипов нам представляется уместным сослаться и на высказывание академика И. В. Давыдовского (1939), который писал: «Сам факт, что подавляющая масса предраковых состояний не переходит в рак, позволяет сделать только один общий вывод: диагноз факультативного предрака должен настораживать врача, но отнюдь не обязывает его предпринимать радикальные, например хирургические мероприятия в виде резекции желудка при одиночных полипах..., тщательно клиническое наблюдение и повторные, морфологические исследования могли бы предотвратить многие операции такого рода...».

Фактические материалы к этому вопросу приведены также в разделе об отдаленных результатах лечения полипов желудка.

Отдаленные результаты лечения полипов желудка

Основным критерием правильности хирургической тактики в лечении полипов несомненно являются отдаленные результаты. До настоящего времени нет больших статистик по этому вопросу, выводы многих авторов, которые изучали отдаленные результаты в разные сроки при применении различной лечебной тактики, противоречивые. В табл. 3 приведены некоторые кон-

кретные данные, касающиеся анализа более 1600 наблюдений разных авторов, в том числе свыше 1000 резекций желудка. Как видно из табл. 3, из 1101 больного после резекции желудка по поводу полипов рецидивы полипов возникли у 28 больных (2,5%), а рак культи желудка у 95 (8,6%) в сроки от 1 года до 10—13 лет после операции. Многие авторы причиной рецидивов полипов в культе желудка считают оставление их при резекции или дальнейшее течение процесса с образованием новых Полипов и рака культи на фоне изменений слизистой оболочки.

И. Б. Розанов и В. Л. Маневич (1961) отметили на своем материале 9,2% рецидивов полипов и рака культи после резекции желудка. Авторы рекомендовали еще более высокую резекцию для профилактики рецидивов полипов и рака. П. Г. Харченко (1959) при оценке отдаленных результатов в сроки от 3 до 12 лет, изученных у 46 больных после резекции желудка,

хорошие результаты отметила только у 18 (39,1%). У 10,9% больных выявлены рецидивы полипов с нарастанием всех ранее имевшихся жалоб и у 26,1% обнаружен рак в культе желудка. К. А. Файнберг (1965) на основании изучения 118 оперированных больных, прослеженных в сроки до 7 лет после операции, отмечал, что после полипэктомии и резекции $1/3$ желудка рецидивов не было ни в одном случае. Однако с увеличением объема резекции, по его данным, увеличивается количество рецидивов. Так, при резекции $2/3$ желудка (41 больной) отмечено 4 рецидива (9,7%), а при субтотальной резекции (18 больных) рецидивы были у 10 больных (55,5%). Это, по-видимому, объясняется более обширным поражением желудка полипами, что потребовало и более высокой резекции.

По наблюдениям И. С. Шепелевой (1956), в сроки от 1 года до 15 лет, из 42 больных с резекцией желудка благоприятные результаты отмечены у 35 (83,3%). У 7 больных (16,6%) наблюдались рецидивы полипов или развилась раковая опухоль в культе желудка. У всех больных с резецированными желудками в сроки наблюдения от 6 мес до 6,5 лет нарушенная кислотообразующая функция желудка не восстанавливалась.

Автор отмечал, что динамическое наблюдение при полипах желудка оказывается нередко несостоятельным, ввиду того что определить переход полипов в рак клинически и рентгенологически почти невозможно. В. Н. Сагайдак (1961) представил анализ отдаленных результатов после оперативных вмешательств по поводу полипов, произведенных в Научно-исследовательском онкологическом институте имени П. А. Герцена Министерства здравоохранения РСФСР с 1933 по 1957 г. За указанный период был оперирован 201 больной (резекция желудка—174 больных, иссечение полипа—24, тотальная гастрэктомия—3). Из числа перенесших резекцию желудка по поводу доброкачественных полипов 3 года живут 93%, а по поводу малигнизированных—84% больных. Умерли в разные сроки после резекции желудка по поводу полипов 28 больных (16%), из них от рака культи—16 (9,2%), в том числе у 8 была резекция желудка по поводу малигнизированных полипов и у 8—по поводу доброкачественных полипов. Из 24 больных с иссечением полипа у 3 были малигнизированные полипы, из них 2 умерли через 3 года после операции от рака желудка, третьему больному через 2 года по поводу рецидива полипа произведена резекция желудка. У 20 больных были иссечены доброкачественные полипы, из них умерли после иссечения полипов трое больных, один из которых от рака желудка. На основании полученных результатов В. Н. Сагайдак сделал вывод, что при доброкачественных полипах все методы хороши: и резекция желудка, и иссечение полипа; при малигнизированных полипах—эффективна только резекция желудка.

Дифференцированный подход при определении показаний к объему оперативного вмешательства диктуется наличием различных гистологических форм полипов.

Многие авторы считают, что при аденомах показана резекция желудка, а при одиночных доброкачественных железисто-фиброзных полипах, гиперплазии слизистой оболочки и тем более при фибромах, липомах и других нежелезистых полипах можно ограничиться иссечением последних. При этом каждое оперативное вмешательство по поводу одиночного полипа следует начинать с иссечения его с последующим тщательным гистологическим исследованием, с тем чтобы при наличии доброкачественных и нежелезистых форм полипов избежать излишнего расширения оперативного вмешательства. И. Б. Розанов (1960) изучал отдаленные результаты Лечения 150 больных в сроки от 1 года до 10 лет, из них 45 не были оперированы. Из числа неоперированных получены сведения о 29 больных, из них 6 были оперированы в более поздние сроки, у 2 оказался рак желудка. Остальные больные продолжали предъявлять прежние жалобы.

Иссечены солитарные полипы у 18 больных. В 5 случаях полипы, казавшиеся доброкачественными, при микроскопическом исследовании оказались малигнизированными. Двое из этих больных умерли через 1 и 2 года от рака желудка, и еще два оперированы по поводу рака желудка. При изучении отдаленных результатов после резекции желудка оказалось, что при доб-

рокачественных полипах возникновение рака культи желудка в отдаленных наблюдениях встречается почти в 3 раза реже, чем при малигнизированных полипах.

А. П. Мирзаев (1960) изучил отдаленные результаты у 49 больных, перенесших резекцию желудка без предварительной гастротомии и в большинстве случаев без специального осмотра слизистой оболочки всего желудка. Оказалось, что от рака культи желудка умерли 3 больных в сроки от 2 до 8 лет после операции. При обследовании другой группы больных (24), также после резекции желудка, но с предварительной ревизией слизистой оболочки культи его, летальных исходов от рака культи или рецидивов в культе желудка не было.

При наблюдении за 20 больными после иссечения одиночного полипа в сроки от 1 года до 7 лет ни рецидива полипа, ни ракового превращения рубца на месте иссечения полипа также не было выявлено ни у одного больного. Автор пришел к выводу, что, по-видимому, рецидивы полипов после иссечения их или же развитие рака в рубце на месте иссеченного полипа наступают вследствие неправильной тактики хирурга, неполноценного обследования слизистой оболочки всего желудка, а также при невыполнении срочной биопсии полипа.

Большое практическое значение имеет вопрос о причинах рецидивов полипов после резекции желудка. Полипы в культе желудка могут быть обусловлены как оставлением их при резекции желудка, так и развитием нового полипа в культе желудка. Рецидивы полипов или развитие нового полипа в культе желудка есть дальнейшая стадия течения папилломатозного или полипозного гастрита (А. В. Мельников, 1954).

По данным И. Б. Розанова (1960), при изучении отдаленных результатов резекции желудка у 102 больных, клиническое выздоровление было отмечено у 44,5%, а по данным В. А. Канделис (1964), хорошие результаты отмечены только у 31,9% оперированных больных, еще менее утешительные результаты сообщили З. С. Берестецкая (1960) и А. К. Лукиных (1962), которые наблюдали хорошие результаты после резекции желудка соответственно у 10,8% и 17,1% оперированных больных. По данным Р. К. Харитоновой (1964), после резекции желудка в значительном проценте случаев (72,4%), даже при отсутствии указаний на рецидив полипа, больные не могут считать себя здоровыми в связи с различными проявлениями демпинг-синдрома. Большие возможности в лечении и наблюдении за больными после полипэктомии и резекции желудка появились с внедрением в практику гастрофиброскопов. Л. В. Авдей с соавт. (1975) изучили отдаленные результаты иссечения полипов желудка с помощью гастрофиброскопа у 250 больных в сроки до 5 лет. Рецидивы полипов в разные сроки были выявлены у 6 больных (2,4%), из них у 4 рецидив полипов возник не на месте удаления, а в других участках желудка.

Основываясь на пятилетнем опыте удаления полипов желудка через гастрофиброскоп, авторы пришли к выводу, что для лечения мелких полипов не обязательно прибегать к различным видам резекции желудка. С внедрением в практику гастрофиброскопов появилась возможность решать эту актуальную проблему хирургии и онкологии более щадящим способом. Удаление мелких полипов желудка через гастрофиброскоп с обязательной срочной биопсией, исключающей малигнизацию, является вполне обоснованным вмешательством, как и широкое иссечение или электроэксцизия одиночного не-малигнизированного полипа.

С. Л. Рудова (1973) при сравнении отдаленных результатов полипэктомии, выполненной разными методами у 105 больных, установила, что существенных различий между методами электрохирургической и ножевой эксцизии полипа с окружающей слизистой оболочкой нет. Также не было выявлено различий между методами удаления полипа в пределах только слизистой оболочки и удаления со всеми слоями желудочной стенки по типу «микрорезекции».

Huppeler с соавт. (1960) из клиники Mayo на основании анализа результатов лечения 206 больных с полипами желудка, из которых у 99 произведена полипэктомия и у 94—резекция желудка, пришли к выводу, что различия между длительностью жизни больных с доброкачественными полипами после удаления полипа и после резекции желудка не отмечается. Следовательно, критерием выбора метода и объема операции должна служить гистологическая форма полипа, наличие или отсутствие в нем малигнизации, с учетом общего состояния и возраста больного.

2. ПОЛИПЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Общие вопросы Статистические данные

В большинстве работ, посвященных хирургической патологии толстой кишки и, в частности, полипозу, отдельно выделяют толстую и прямую кишку (В. Л. Ривкин с соавт. — «Полипы и диффузный полипоз прямой и толстой кишок», 1969; А. Н. Рыжих—«Атлас операций на прямой и толстой кишках», 1969, и др.). Между тем анатомически термин «толстая кишка» включает в себя прямую кишку и ободочную, поэтому в нашей работе при описании полипоза толстой кишки мы выделили два раздела: полипы ободочной кишки и полипы прямой кишки. Необхо-

димось такого разделения вызвана не только анатомическими но и функциональными особенностями этих отделов желудочно-кишечного тракта, а также клиникой заболевания и различием оперативных вмешательств.

Наиболее полное определение полипа толстой кишки дал С. А. Холдин (1955): истинный полип—это опухолевидное образование, возвышающееся над уровнем слизистой оболочки в виде шаровидного, грибовидного или ветвистого разрастания, сидящего либо на ножке, либо на широком основании. Основу полипа составляют разрастания железистого эпителия в виде многочисленных железистых трубок или в виде разветвленных ворсинок, покрытых высоким цилиндрическим эпителием. Опорную ткань представляет соединительнотканная основа, содержащая мышечные волокна.

Первый случай полипоза толстой кишки, образовавшегося на почве язвенного колита описал в 1721 г. Menzel, а истинный полипоз желудочно-кишечного тракта—Cruvelier в 1821 г. К. Славянский (1868) при вскрытии трупа 26-летнего мужчины, страдавшего в течение 3 лет поносами и умершего от уремии, обнаружил в тонком кишечнике множество плотных возвышений не-большого размера, которые он назвал железисто-слизистыми полипами.

О большом, умершем от сильного поноса, при вскрытии которого было обнаружено множество отдельных опухолей в толстом кишечнике, которые были расценены как полипы, сообщил К. Н. Виноградов в 1871 г. Н. В. Склифосовский (1881) опубликовал наблюдение под названием «Polypadenoma tractus intestinalis», в котором он сообщил о больном 52 лет, страдавшем в течение 7 лет поносами, приведшими к сильному истощению. Полипы располагались по всему толстому кишечнику. Исходя из воспалительной теории, он считал целесообразным наложение противоестественного заднего прохода для уменьшения раздражения пораженной части кишечника. В 1896 г. Н. В. Петров обнаружил у больного, который погиб после операции — резекции части подвздошной кишки по поводу инвагинации,—множество полипов по всему желудочно-кишечному тракту, некоторые из которых были злокачественно перерождены. В слизистой оболочке кишки были обнаружены явления хронического воспаления. Исходя из этого, автор сделал вывод, что длительно существовавшее воспаление в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта привело к разрастанию ее и образованию полипов.

Заболевание развивается большей частью в молодом возрасте, иногда—в детском, реже—в зрелом. О наследственности этого заболевания высказывались многие авторы.

В 1913 г. П. П. Ситковский описал случай полипа червеобразного отростка, причиной образования которого он считал хроническое воспаление. В. Либенский (1913) сообщил об одиночных аденоматозных полипах и возможности их озлокачествления. 8 последующие годы были сообщения о единичных случаях обнаружения одиночных полипов (И. В. Кудрявцев—3 случая, Н. Н. Кукин—4 случая и др.). По данным Stevenson, Wilson (1954), 12—14% лиц старше 40 лет имеют полипы толстой кишки. Аналогичные сведения привел В. Л. Ривкин (1969): среди 5750 больных, поступивших в стационар с рагными заболеваниями прямой и ободочной кишок, больные с одиночными и множественными полипами составили 12,1%, или 78% всего числа больных с доброкачественными опухолями прямой и сигмовидной кишок. У 2,2% больных были обнаружены бессимптомные полипы. Данные разных авторов о частоте обнаружения полипов у обследованных больных привела Т. Н. Мищенко (1974) (табл. 4).

Arminski, McLean (1964) обследовали 3609 здоровых лиц и выявили, что у детей полипы встречаются в 28% случаев, у юношей—в 30%, у лиц в возрасте до 70 лет— в 12,8% случаев.

В результате проведения массовых профилактических ректороманоскопий у 2779 лиц Ю. М. Милитарев, В. Н. Анненков, В. Я. Бабкин с соавт. (1970) выявили в 2,5% случаев предраковые поражения прямой и сигмовидной кишок.

По данным Онкологического научного центра АМН СССР (Л. П. Симбирцева, 1964), полипы распределяются по различным отделам толстой кишки со следующей частотой: слепая и восходящая часть толстой кишки— 13%; печеночная кривизна, поперечная ободочная часть и селезеночная кривизна — 13,5%; нисходящая, сигмовидная часть толстой кишки и прямая кишка —73,5%.

Таким образом, полипы чаще локализуются в левой половине толстой кишки (73,5%), преимущественно в прямой кишке. Heltborn (1952) и другие отмечали, что полипы равномерно распределяются по всем отделам толстой кишки, однако это не подтверждается данными большинства авторов и нашими наблюдениями.

Относительно частоты заболевания среди мужчин и женщин в литературе имеются различные сведения. Большинство авторов отмечают преобладание полипов толстой кишки у мужчин. Так, по данным Е. В. Литвиновой (1956), из 216 больных мужчин было в 2 раза больше, по наблюдениям Л. Н. Иншакова (1970), из 533 больных мужчин было 52,4, а женщин—47,6%. Vochus с соавт. (1961) привели соотношение мужчин и женщин при полипах толстой кишки как 3:2, Rider

(1959)—4:2, Swinton (1963) — 1:1. По данным В. Л. Ривкина и соавт. (1969), наоборот, отмечено преобладание женщин: из числа больных (696) женщин было 52,7%, а мужчин— 47,3%. Более половины больных (56,1%) были в возрасте от 41 года до 60 лет, 22,8% —от 31 года до 40 лет, 9,7% —от 14 до 30 лет. За последние 20 лет (1956—1976) нами были оперированы 512 больных по поводу полипов прямой и ободочной кишок, из них у 81,45% полипы локализовались в прямой кишке, в том числе у 15,7%—в анальном отделе и у 84,3%—в ампулярном. У 11,13% больных полипы локализовались в левой половине ободочной кишки, преимущественно в сигмовидной — в дистальном ее отделе, у 4,1% больных—в правой половине ободочной кишки и в 3,32% случаев был диффузный полипоз. Женщин было 55,7%, мужчин—44,3%. Более половины больных (51,6%) были в возрасте от 30 до 50 лет, от 51 года до 60 лет—28,4% и реже в возрасте от 16 до 18 лет— 1,6%.

Этиология и патогенез полипов ободочной и прямой кишок

Существуют различные теории этиологии и патогенеза полипов и полипоза желудочно-кишечного тракта (воспалительная, эмбриональная, дисрегенераторная, вирусная и др.). Об этом подробно изложено в разделе «Полипы желудка». Одной из распространенных теорий возникновения полипоза толстой кишки является воспалительная теория. Ее сторонники считали полипы результатом хронических воспалительных процессов слизистой оболочки кишечника (К. Ф. Славянский, Н. В. Скляфосовский, Konjetzny и др.). В пользу воспалительной теории приведено много экспериментальных данных и клинических наблюдений. Так, Jamagiva и Itschikava (1921), путем инъекции каменноугольного дегтя в подслизистую оболочку желудка, получили истинную папиллярную аденому. Американские авторы Hoelcel и Kostca (1937) в большой серии опытов на крысах, которых кормили грубой, неудобоваримой пищей, в 90% случаев также получили полипы. Struthers (1924) установил, что 30% больных до выявления у них полипов страдали хроническими заболеваниями кишечника (колит, дизентерия, язвенный прокто-сигмоидит). Ф. И. Лещенко (1963) при обследовании 455 больных с полипами и полипозом прямой и сигмовидной кишок установил, что 16,4% больных в прошлом перенесли дизентерию, а 4,1% больных—брюшной тиф. При ректороманоскопии, помимо полипов, в 69,4% случаев им были обнаружены явления хронического воспаления.

Нарушение нормальной функции кишечника в виде дискинезий, которые поддерживают хронический воспалительный процесс, является важным фактором в развитии полипов кишечника, особенно дистального отдела, где дольше всего задерживаются каловые массы. Поэтому, по его мнению, не случайно, что у 85—90% больных полипы и рак толстой кишки локализируются в прямой и сигмовидной кишках.

Таким образом, сторонники воспалительной теории свою гипотезу отстаивают на основании следующих данных:

1. Наличие у большинства больных в анамнезе перенесенных в прошлом воспалительных заболеваний кишечника (колиты, энтероколиты, дизентерия, язвенный колит).
2. Преимущественная локализация полипов в местах физиологического сужения, где чаще всего слизистая оболочка подвергается раздражению и травме от стаза фекальных масс.
3. Наличие воспалительной реакции в полипе и слизистой оболочке кишки.
4. Получение экспериментального полипоза под влиянием раздражения.

Участие воспалительного процесса в возникновении полипов трудно отрицать. Тем не менее было бы ошибочно считать все полипы толстой кишки следствием воспаления, так как сравнительно редко возникают полипы при большой частоте воспалительных процессов в кишечнике; отсутствуют полипы (за исключением казуистических случаев) в червеобразном отростке, где чаще всего возникает острое или хроническое воспаление, встречаются в толстом кишечнике полипы у детей, у которых хронические заболевания желудочно-кишечного тракта крайне редки.

Сторонники эмбриональной теории придают большое значение в образовании полипов формированию слизистой оболочки в период эмбрионального развития (В. Р. Брайцев, Ribbert, Конгейм). По их мнению, при эмбриональном развитии в ряде случаев имеется избыток зародышевого материала, который вследствие воспалительного процесса превращается в новообразование.

Ю. М. Лазовский (1947) считал, что полипы являются следствием нарушения регенераторных процессов в слизистой оболочке кишечника.

Л. А. Людоговская (1964, 1969) изучила некоторые аспекты этиологии полипов и полипоза толстой кишки человека с помощью иммунологических методов. Основываясь на данных,

свидетельствующих о том, что опухоли, вызванные одним и тем же вирусом у животных одного вида, имеют одинаковую антигенную структуру, автор с помощью метода микропреципитации в агаре изучила антигенный состав полипоХ толстой кишки человека в основном при диффузном полипозе, когда отдельные новообразования, возникшие у одного больного, отличаются друг от друга только степенью морфологической атипичности, т. е. представляют разные стадии малигнизации. Материалом для исследования были полипы, взятые от разных больных, а также раковые опухоли прямой и толстой кишок. В качестве контроля использовались нормальные ткани людей (секционный материал). Исследования показали, что обнаруженные в полипах растворимые антигенные компоненты имеются также в большинстве исследованных образцов (в 18 из 25) макроскопически нормальной слизистой оболочки как толстой, так и тонкой кишок человека. В опытах не удалось обнаружить усложнения антигенного состава полипов в процессе озлокачествления нормальной слизистой оболочки кишечника. Таким образом, вирусная теория происхождения полипов толстой кишки не получила достаточного обоснования. Vargen (1956) отметил 4 пути, которые приводят к образованию аденом: 1) простое разрастание кишечного эпителия, начинающееся в лимфоидных криптах, причина которого неясна; 2) изменения в мышечном слое кишок и лимфоидных тканях; 3) воспалительный процесс типа язвенного колита; 4) семейное предрасположение.

Изложенное свидетельствует об отсутствии общепринятой теории этиологии и патогенеза полипов желудочно-кишечного тракта. Эти вопросы требуют дальнейшего всестороннего изучения.

Патологическая анатомия полипов ободочной и прямой кишок

Полипы развиваются преимущественно на вершине складок слизистой оболочки толстой кишки. Они находятся на разном расстоянии один от другого или так сближены, что соприкасаются между собой, а иногда сливаются своими ножками, в виде целых гроздей. Размеры отдельных полипов очень различны от едва заметного бугорка до 3—4 см в диаметре и более (рис. 7). Форма их самая разнообразная, маленькие имеют вид бородавок, крупные — шаровидные или грибовидные с гладкой поверхностью или шероховатые, мелкобугристые или продолговатые.

Рисунок утерян

Рис. 7. Полипоз толстой кишки.

Полипы располагаются по ходу складок слизистой оболочки кишечника. Иногда их форма совершенно неправильная. Самые разнообразные формы полипов могут встречаться у одного и того же больного. Полипы могут сидеть на широком основании или на ножке различной толщины и величины. Полиморфизм является характерной чертой множественного полипоза.

Цвет полипов серо-красноватый, иногда темно-красный или желтоватый, поверхность всегда покрыта слизью, консистенция мягкая. Твердая консистенция полипов может указывать на раковое перерождение. Морфологическое строение полипов изучено достаточно подробно и описано во многих работах как отечественных, так и зарубежных авторов.

По гистологическому строению полипы состоят из гипертрофированных желез слизистой оболочки и соединительной ткани. Железы увеличены в объеме, удлинены, просвет их расширен, они образуют выпячивания и ветвятся. В некоторых железах отмечается закупорка просвета и развитие кист, среди эпителия большое количество бокаловидных клеток, волокнистая соединительная ткань содержит довольно много гладких мышечных волокон и сосудов. Ножки полипов состоят из такой же соединительной ткани.

Гистологическое строение полипов описал А. А. Кадьян (1913). В дальнейшем были даны дополнительные гистологические характеристики другими авторами и на этом основании представлены морфологические классификации. В зависимости от гистологической картины полипов толстой кишки их делят на 3 основные группы и 4-ю группу полипоподобных образований: 1-я группа — типичные железистые полипы, 2-я группа — полипы с признаками атипичного роста, 3-я группа — полипы с признаками злокачественного роста, 4-я группа — полипоподобные образования, которые клинически расцениваются как полипы нижнего отдела прямой кишки. Эти образования представляют собой выросты, в большинстве случаев на ножке, обращение в просвет кишки, проявляющиеся теми же симптомами, что и полипы: боль, кровотечение, выпадение. Полипоподобные образования встречаются в толстой кишке, по внешнему виду являются полипами, а при гистологическом исследовании оказываются или истинными опухо-

лями, или могут быть следствием сосудистых расстройств или воспалительных изменений в стенке кишки. Lane и Lev (1963) путем ультратонких срезов через полипы показали, что имеются две отдельные микроскопические формы полипов: гиперпластическая и аденома-тозная. Они ввели специальный термин «аденоматозный эпителий» для тех случаев, когда эпителий приобретает «опухольчатый характер». Авторы считали, что крупные аденомы и папилломы, в которых инвазивный рост встречается в 30—50% случаев, растут из мельчайших компонентов аденоматозного эпителия, развивающегося из глубоких порций эпителия толстокишечных крипт нормальной слизистой оболочки.

Arminski и McLean (1964) выделили два вида полипов толстой кишки: слизистые и гиперпластические. Слизистые полипы представляют собой выпячивание подслизистого слоя стенки кишки с отеком или истончением слизистой оболочки. При этом гистологических изменений в железах нет. Гиперпластические полипы характеризуются разной степенью гиперплазии желез. Такие полипы могут достигать до 1 см в диаметре. Некоторые авторы добавляют к этим двум видам полипов третий — смешанный.

Описание гистологической структуры железистых полипов приводят многие авторы, разделяя их на группы в зависимости от степени морфологической дифференцировки железистого эпителия (В. Л. Ривкин с соавт., 1969; Т. Н. Мищенко, 1974, и др.).

Доброкачественные железистые полипы представляют собой гиперплазию слизистой оболочки стенки кишки на ножке или широком основании. Они состоят из большого количества желез, кистозно расширенных, выстланных цилиндрическим эпителием, чаще однорядным, реже 2—3 рядами. Секретообразование увеличено. Строма железистых полипов построена из рыхлой соединительной ткани (рис. 8), богата кровеносными сосудами, инфильтрирована лимфоидными элементами. Контуров желез правильной формы. Иногда сосочки удлиняются, истончаются и железистый полип приобретает местами сосочковый или ворсинчатый характер (аденопапилломы). По данным В. Л. Ривкина и соавт., доброкачественные железистые полипы обнаруживают у 65,5% больных с одиночными и групповыми полипами, из них у 8,8% полипы имеют железисто-ворсинчатый характер.

Железистые полипы с признаками атипического роста

характеризуются тем, что клетки утрачивают бокаловидный характер, секретообразование снижено, ядра укрупняются, приобретают гиперхромную окраску, в них появляется большое количество митозов (рис. 9). Контуров желез неправильной формы.

Железистые полипы с атипией эпителия обнаруживаются у 25—28% больных с одиночными и групповыми полипами прямой и сигмовидной кишок.

Железистые полипы с переходом в рак характеризуются инфильтрирующим ростом, с погружением атипических желез в подслизистый и мышечный слой. Железы с большим количеством атипичных митозов расположены беспорядочно. Секретообразование резко снижено или отсутствует (рис. 10).

Гиперпластические полипы представляют собой очень маленькие полиповидные образования, сохраняющие нормальное морфологическое строение слизистой оболочки. Однако общее количество желез в зонах выпячивания увеличивается, что создает картину полиповидного утолщения слизистой оболочки. Часто обнаруживается картина атипии.

Ювенильные полипы—для них характерно преобладание кистозно-расширенных желез, содержащих в просвете секрет и многочисленные клеточные элементы. В структуре ювенильного полипа строма преобладает над железистыми элементами, чем и объясняется плотность всего новообразования. Эти образования нельзя отнести к аденомам. В них нет гиперплазии желез и признаков атипии железистого эпителия. Эти полипы не малигнизируются (Morson, 1962).

Фиброзные полипы являются соединительнотканью новообразованиями с большим количеством расширенных сосудов в строме, что создает картину ангиофиброзного полипа с воспалительной инфильтрацией.

Частота малигнизации полипов ободочной кишки

Принято считать, что злокачественное перерождение полипов толстой кишки является одной из причин рака этого органа. М. С. Фридман (1940) наблюдал малигнизацию полипов у 9% больных, кроме того, он также отметил, что у 20% больных раком толстой кишки имеется комбинация рака с находящимися в непосредственной близости полипами и у 50% больных при полипах дистального отдела толстой кишки имеется ясно выраженный воспалительный процесс—проктосигмоидит. По данным И. Я. Дейнека, И. Т. Шевченко (1951) и других, в 75—79% случаев раку прямой и ободочной кишок предшествуют полипы и другие патологические процессы, которые служат благоприятной средой для развития злокачественных новообразований. При этом считают, что аденоматозный полип обладает наибольшей потенцией к малигнизации, развивающейся не менее чем у 70—75% больных (Н. А. Краевский, 1934; С. А. Холдин, 1955, и др.). Менее убедительной является концепция, высказанная на VIII Международном противора-

ковом конгрессе в 1962г. группой авторов (Л. В. Аккерман, Г. Д. Спат, Дж. С. Спрат и К. Л. Мойер), по мнению которых аденоматозные полипы не являются предраковым поражением с большой склонностью к озлокачествлению и что огромное большинство раковых опухолей толстой и прямой кишок возникает первично из слизистой оболочки кишечника без последовательных гистологических превращений. Признавая роль полипов в развитии рака, Л. П. Симбирцева (1964) отметила, что далеко не во всех случаях даже из длительно существующих полипов возникает рак, иначе, по ее мнению, количество случаев рака толстой кишки было бы несравненно большим.

Считается, что чем старше больной, тем больше опасность озлокачествления полипов толстой кишки. По мнению И. М. Тальмана (1958), при полипозе всей толстой кишки почти никто из больных в возрасте 30—40 лет не остается без рака, поэтому он считал целесообразной колэктомии с удалением прямой кишки, так как она обычно поражена больше, чем другие отделы толстой кишки. В. Л. Ривкин с соавт. (1969) отметили, что с увеличением числа полипов толстой и прямой кишок возрастает возможность их малигнизации, так при наличии нескольких полипов (до 5—8) частота малигнизации составляла 6,5%, а при одиночных—5%. Авторы на основании исследования удаленных полипов установили, что железисто-ворсинчатые полипы озлокачествляются гораздо чаще (более 17,2% случаев), чем чисто железистые (около 2% случаев). По их наблюдениям, малигнизация чаще происходит не путем прямого перехода железистого полипа в рак, а проходит через стадию железисто-ворсинчатых полипов, при этом частота малигнизации полипов возрастает с увеличением размеров железистых полипов.

Процент малигнизации полипов, по данным различных авторов, неодинаков, о чем также свидетельствуют данные сборной статистики (табл. 5).

При диффузном полипозе толстой кишки частота возникновения рака заметно нарастет от слепой кишки к прямой, так, по данным В. Д. Федорова с соавт. (1976), в слепой кишке раковая опухоль была выявлена у 5,4% больных, в восходящей—у 7,2%, в поперечной ободочной—у 13,5% и в сигмовидной — у 24,3%.

Классификация полипов ободочной кишки

Предложено много классификаций полипов толстой кишки, большинство из них построено на клинико-морфологических критериях, количестве полипов (одиночные, множественные и т.д.) и по существу является общими для ободочной и прямой кишок (классификации С. А. Холдина, 1955; В. Л. Ривкина с соавт., 1969, и др.). Однако до настоящего времени единой, общепринятой классификации нет. Существует классификация, основанная на гистологической структуре полипов: доброкачественные, злокачественные и переходные формы (Schiff, Westhues, 1927). Schaffer (1952) предложил делить полипы на 3 группы: воспалительный полипоз, приобретенный и семейный полипоз. Rasick (1954) делил полипы на врожденные и приобретенные. Более полная классификация полипов ободочной и прямой кишок предложена С. А. Холдиным (1955):

I. Полипозные разрастания аденоматозного характера.

А. *Множественные полипы:*

- 1) истинные аденоматозные полипы (в том числе «семейный полипоз»);
- 2) дисрегенераторные гиперплазии на фоне хронического колита и ректита.

Б. *Одиночные полипы:* аденоматозного или ворсинчатого строения.

II. Ложные полиповидные образования (псевдополипы): лимфатического типа и фиброзные.

Turell с соавт. (1955) различали: одиночные или множественные полипы (на ножке или на широком основании); гладкие или villous (ворсинчатые) полипы; доброкачественные или злокачественные (инвазивные или неинвазивные) полипы.

Dukes (1958) делил полипы на 4 группы: А—эпителиальные опухоли (аденома, ворсинчатая опухоль); Б—соединительнотканнные и мышечные опухоли (фиброма, миома, липома); В—сосудистые и лимфатические опухоли (гемангиома, лимфома); Г—неопухолевые образования (воспалительные полипы, гранулемы, полипы фиброзные, туберкулезные и т. п.).

Castleman, Krikstein (1962) все полиповидные образования толстой кишки делили на 3 группы: истинные аденоматозные полипы, ворсинчатые опухоли и полиповидные карциномы. В. Л. Ривкин с соавт. (1969) предложили следующую классификацию полипов и полипоза прямой и ободочной кишок.

I группа. Полипы (одиночные и групповые):

- а) железистые и железисто-ворсинчатые (аденомы и аденопапилломы);
- б) гиперпластические (милиарные);
- в) кистозно-гранулирующие (ювенильные);
- г) фиброзные полипы анального канала;
- д) редкие неэпителиальные полиповидные образования.

II группа. Ворсинчатые опухоли.

III группа. Диффузный полипоз:

- а) истинный (семейный) диффузный полипоз;
- б) вторичный псевдополипоз.

Вторичный псевдополипоз возникает, по-видимому, либо вследствие хронического воспаления (язвенный колит, хроническая дизентерия), либо в результате инвазии паразитов (шистосоматоз).

Классификации, которые были предложены В. Л. Ривкиным с соавт. и С. А. Холдиным, более полно отражают клинико-морфологические критерии данного заболевания и их чаще применяют в практике.

Мы пользуемся следующей классификацией:

I. По распространенности полипов:

- а) одиночные,
- б) множественные (групповые, разбросанные по разным отделам толстой кишки),
- в) диффузный (семейный полипоз).

II. По морфологическим признакам:

- а) железистые,
- б) железисто-ворсинчатые,
- в) ворсинчатые,
- г) гиперпластические,
- д) ювенильные (кистозно-гранулирующие), е) фиброзные, ж) псевдополипоз.

В клиническом диагнозе добавляем с малигнизацией или без малигнизации.

Основным недостатком существующих классификаций полипов толстой кишки является отсутствие в них наиболее характерных признаков, указывающих на злокачественное превращение полипов, что имеет важное значение при решении вопроса о выборе метода лечения.

Клиника и диагностика полипов ободочной кишки

В клинической картине полипов толстой кишки нет ни одного признака, характерного только для полипоза. Отдельные симптомы могут появляться в зависимости от количества и величины полипов, их локализации, гистологического строения и наличия или отсутствия злокачественного превращения. Клиническая картина зависит также от предшествовавших или присоединившихся к полипозу явлений воспаления слизистой оболочки кишки, или другого патологического процесса, на фоне которого возникли полипы.

Больные часто отмечают дискомфорт в кишечнике задолго до выявления полипов. Сроки дискомфорта различные. Ф. И. Лещенко (1963) привел сроки дискомфорта до 3 лет у 58,9% больных, свыше 3 лет—у 38,4% и только у 2,7% больных наблюдалось бессимптомное течение. Бессимптомное течение в большинстве случаев встречается только при одиночных полипах (И. Я. Дейнека, 1949; Е. В. Литвинова, 1957, и др.).

Клинические симптомы полипов толстой кишки появляются в основном в тот период, когда полипы начинают увеличиваться в размерах и претерпевать значительные морфологические и биологические изменения. Патологические выделения (крови, слизи) при дефекации— наиболее частые клинические проявления полипов толстой кишки. Они наблюдаются у 55—89% больных (В. Л. Ривкин с соавт., 1969; Ф. И. Лещенко, 1963, и др.). В начале заболевания кровотечения бывают редкими и не обильными, но по мере развития процесса становятся постоянными и довольно значительными, а иногда кровь выделяется струей. При низком расположении полипов капли крови имеют алый цвет. При высокой локализации—цвет крови изменяется, так как она перемешивается с каловыми массами. Во время продвижения твердых каловых масс по сигмовидной кишке при запорах может повреждаться поверхность полипа, что вызывает или усиливает кровотечение. При локализации полипов в ректосигмоидальном углу и в сигмовидной кишке наблюдается кровотечение у 29,95% больных; выделение слизи отмечается у 4,7% больных и связано с сопутствующим воспалением слизистой оболочки прямой кишки (В. Л. Ривкин с соавт.). Постоянные длительные кровотечения и присоединяющиеся поносы вызывают общую слабость, головокружение, головные боли, приводят к анемии и истощению больного. Нарушение функции толстой кишки (поносы или запоры), а иногда чередование их и тенезмы являются важным симптомом заболевания. Запоры и поносы наблюдаются у 55,2% больных (Ф. И. Лещенко), а по данным В. Л. Ривкина и соавт.—у 21%. Постоянные поносы обезвоживают и истощают организм и еще больше ухудшают общее состояние больного.

При множественном и диффузном полипозе степень выраженности клинических проявлений значительно возрастает за счет присоединения сопутствующего колита. Поносы сопровождаются очень болезненными тенезмами с выделениями слизи и крови. Поэтому картина заболевания иногда очень напоминает дизентерию и больных нередко ошибочно госпитализируют в инфекционные отделения. Течение заболевания имеет ремиттирующий характер. В период ремиссии больные чувствуют себя лучше. Кровотечение уменьшается или прекращается. В некоторых случаях течение заболевания осложняется явлениями кишечной непроходимости, инвагинатией, выпадением отдельных полипов.

Боли в животе, боли в прямой кишке, зуд и жжение в анальном проходе отмечаются у 41,6—64,7% больных. Боли в животе и в прямой кишке обычно бывают тупые, тянущие, иррадируют в крестец и в поясницу. Они чаще локализуются в левой половине живота и в нижних отделах. Диспепсические расстройства — тошнота, отрыжка, изжога, иногда рвота и понижение аппетита — наблюдаются у 8—10% больных. Причиной этих расстройств является сопутствующий гастрит. Общая слабость, уменьшение массы тела, анемия встречаются у 5—7% больных. Таким образом, клинические симптомы, наблюдаемые у больных с полипами толстой кишки, очень разнообразны и не являются специфическими. Многие из этих признаков характерны для того патологического процесса, на фоне которого они возникли (гастрит, язва желудка, колит и др.). Давность заболевания иногда установить очень трудно, так как незначительный дискомфорт и периодические несильные боли в животе не всегдастораживают больных, и они не спешат обратиться к врачу. Бессимптомное течение болезни наблюдается у 24% больных с одиночными полипами толстой кишки (В. Л. Ривкин с соавт., 1959). При малигнизации полипов и множественном распространенном полипозе проявления местных и общих клинических признаков более выраженные. Установить характер патологических изменений в толстой кишке помогает также копрологическое исследование. Признаками воспаления толстой кишки являются наличие в испражнениях слизи и положительные пробы на содержание растворимых белков. Е. Н. Каторкин (1969), изучая копрологические изменения при полипах и полипозе, пришел к выводу, что у больных с полипами и полипозом толстой кишки одновременно имеется колит. Так, у 99,4% больных были положительные пробы на муцин, что свидетельствовало об усиленном слизиобразовании в толстой кишке. О значительном раздражении слизистой оболочки кишки также свидетельствовали положительные реакции на наличие в испражнениях сывороточного белка, наблюдавшегося 78% больных. Кроме того, при полипозном поражении толстой кишки был выявлен усиленный клеточный распад, что подтверждено наличием в испражнениях нуклеопротеидов у 72% больных. Исследования показали, что пробы на муцин более выражены, чем пробы на растворимые белки, и не зависят от количества полипов и степени распространенности процесса, а связаны с нарушением функции толстой кишки. Выраженность реакций на сывороточный белок в большей степени зависит от степени распространенности полипозного процесса. Одной из причин колита при полипозном поражении может быть нарушение химизма содержимого толстой кишки вследствие изменения интенсивности процессов брожения и гниения в ней. При усиленном брожении реакция становится кислой, при патологическом гниении — щелочной. При полипозном поражении толстой кишки имеется усиление бродильных процессов и менее выражены процессы патологического гниения. При продвижении каловых масс по кишке слизистая оболочка и полипы подвергаются травмированию, что вызывает повышение экссудации и ускорение пассажа содержимого.

В связи с этим углеводы не успевают всосаться и частично поступают в толстую кишку, способствуя усилению процессов брожения. Точная диагностика полипов толстой кишки на основании одних только клинических симптомов крайне затруднительна. Основными методами распознавания полипов этой локализации являются ректороманоскопия, рентгенологическое исследование, фиброколоноскопия.

Рентгенодиагностика. Большая роль в диагностике заболеваний толстой кишки принадлежит рентгенологическому методу исследования. Рентгенологически при колите обнаруживается циркулярное равномерное сужение просвета кишки. В суженном месте контрастная масса не задерживается, а при раздувании воздухом спазмированный отдел кишки не расправляется. Рентгенологическим исследованием путем двусторонне-пристеночного контрастирования при колите на фоне введенного в брюшную полость кислорода определяется циркулярное муфтообразное утолщение стенки кишки с четкими контурами. Если полипы сопровождаются явлениями колита, то в этом случае достаточно отчетливо видны округлые тени.

Воспалительное утолщение кишечной стенки обычно отчетливо выражено в ректосигмоидальном отделе и вероятно связано с тем, что полипы дистальной части толстой кишки часто травмируются твердыми каловыми массами (Р. Н. Рагимов, 1968).

Рентгенологические признаки полипов:

1. При тугом заполнении просвета толстой кишки контрастным веществом выявляются округлые просветления с ровными контурами или небольшим краевым «дефектом наполнения» (рис. 11). При этом кишка нередко гаустрирована и на фоне петлистого рельефа слизистой оболочки выявление полипов затруднено.

2. При двойном контрастировании полипы обнаруживаются в виде кольцеобразных тканей или полуколец на внутреннем контуре кишки (рис. 12).

Полипы размером более 1 см в диаметре нередко изъязвляются. На фоне газа они могут выглядеть в виде малоконтрастных теней в просвете кишки и их трудно отличить от остатков содержимого кишки, импергнированных барием, газовых пузырей, инородных тел (В. А. Фа-- Нарджян с соавт., 1966). Даже при самых тщательных рентгенологических исследованиях трудно установить наступление малигнизации полипа. Особенно трудна рентгенодиагностика одиночных полипов ворсинчатого или многодольчатого строения. Изъязвления, нечеткость очертаний, приближение к краевому положению, инфильтрация и ригидность кишечной стенки, а также быстрое увеличение размеров полипов указывают на их малигнизацию.

Рентгенологически изъязвления слизистой оболочки выявляются в виде депо бария различной формы и величины. Знание протяженности патологического процесса и состояния остальных отделов толстой кишки позволит правильно выбрать метод лечения и определить объем оперативного вмешательства. Дифференциальный диагноз полипов толстой кишки нужно проводить с миомами, липомами, фибромами, ангиомами, дизентерией, ворсинчатой опухолью, туберкулезом толстой кишки, актиномикозом, болезнью Крона и другими заболеваниями, которые встречаются значительно реже, чем полипы, и истинную природу их можно установить, как правило, только при гистологическом исследовании. Липома локализуется преимущественно в правой половине толстой кишки, в подслизистом слое, но может также локализоваться равномерно по всей толстой кишке и достигать больших размеров.

Миома встречается также редко, развивается из мышечного слоя. Заболевание длительно протекает бессимптомно, при больших размерах миома может вызвать нарушение проходимости кишки. Для сосудистых опухолей (ангиомы, лимфангиомы) наиболее частым признаком является периодическое кровотечение при дефекации (иногда постоянное). Неэпителиальные опухоли обычно достигают больших размеров, чем полипы, и почти никогда не имеют ножку. Ворсинчатую опухоль называют также villous adenoma, villoma, слизистой папилломой или папиллярной опухолью. Макроскопически ворсинчатая опухоль имеет вид полипа на ножке на широком основании или стелющегося вида, размером от 1 до 10—15 см в диаметре. Поверхность опухоли бархатистая, покрыта большим количеством ворсин, слизью и имеет вид мха. Ворсинчатая опухоль чаще одиночная и локализуется в прямой или сигмовидной кишках, возникает из покровного эпителия слизистой оболочки. Характерным клиническим симптомом является выделение слизи из прямой кишки, содержащей большое количество калия (почти в 5 раз больше, чем внеклеточная жидкость, поэтому у таких больных наблюдается гипокалиемия). Наряду со слизью отмечаются выделения крови (алой или темной), при низком расположении опухоли наблюдаются нерезкие боли, тенезмы. Диагноз ставится на основании клинической картины, пальцевого исследования прямой кишки, ректороманоскопии, биопсии, колоноскопии и рентгенологического исследования. При пальцевом исследовании опухоль мягкая, тестоватая, дольчатая, при малигнизации—более плотная, менее подвижна с изъязвлением. Опухоль встречается в 1,4—15% по отношению ко всем опухолям толстой кишки, чаще у людей пожилого возраста и имеет выраженную тенденцию к малигнизации (Bunkley, Sunderland, 1948; Turell, 1959).

Лечение оперативное—при доброкачественной форме иссечение опухоли трансанальным доступом (или путем проктотомии, колотомии). При малигнизации показана радикальная операция. При туберкулезе толстой кишки патологические изменения чаще локализуются в слепой кишке и при ощупывании брюшной стенки опухоль часто пальпируется. Рентгенологически видна зазубренность контуров и ригидность стенки слепой кишки в результате туберкулезной инфильтрации и отека баугиниевой заслонки. В терминальном отделе подвздошной кишки выражен стаз. Мы наблюдали 2 случая опухолевидной формы туберкулеза толстой кишки (слепой и восходящей ободочной), оба были выявлены во время операции после гистологического исследования. Редко встречается актиномикоз толстой кишки, который локализуется преимущественно в слепой кишке. Болезнь Крона (гранулематозный колит) чаще проявляется сегментарным и резко ограниченным поражением толстой кишки, но оно может быть диффузным. Чаще процесс захватывает проксимальные отделы толстой кишки. В начальной стадии заболевания имеется множество стриктур толстой кишки, которые чередуются со здоровыми участками кишки. В дальнейшем появляются изъязвления и псевдополипозные образования на слизистой оболочке толстой кишки. При гранулематозном колите резко выражена гаустрация. Во всех случаях поражения толстой кишки основное значение для дифференциального диагноза имеет биопсия с гистологическим исследованием ткани. При рентгенологическом исследовании с двойным контрастированием кольцевидные тени дают не только полипы, но и дивертикулы при исследовании в прямой проекции (В. А. Фанарджян с соавт., 1964). За полипозные поражения при ирриго-

скопии могут быть приняты остатки фекалий. Каловые камни могут симулировать даже опухоль кишки. При исследовании толстой кишки по методике двойного контрастирования, полип на фоне воздуха определяется в виде нежной овальной или кольцевидной тени. По данным Д. Е. Кунцевич (1959), этот метод позволяет выявить полипы диаметром 0,2—0,3 см. При исследовании с танином, после опорожнения толстой кишки от бариевой массы, обнаруживается «симптом кольца или ободка».

Иногда тень имеет зубчатые контуры и напоминает «тутовую ягоду».

Для уточнения характера изменений применяется париетография и тогда при тройном контрастировании (искусственный пневмоперитонеум и двойное контрастирование толстой кишки барием и воздухом) еще более отчетливо видны патологические образования в толстой кишке (В. И. Петров с соавт., 1964; Б. Г. Перепелкин, 1966, и др.).

Диффузный полипоз ободочной и прямой кишок

Диффузный полипоз толстой кишки — тяжелое заболевание, характеризующееся множественным поражением полипами слизистой оболочки разных отделов толстой кишки. В отличие от одиночных и групповых полипов при диффузном полипозе отмечается высокий индекс злокачественного превращения полипов и выраженный семейный характер заболевания. Семейный характер заболевания первым отметил Stipps (1882), наблюдавший двух больных диффузным полипозом. Клинической характеристике заболевания были посвящены работы А. А. Кадына (1913), Dukes (1952) и др. Несмотря на большое количество работ, посвященных этому тяжелому заболеванию, этиология его неизвешна. По мнению Lockhart-Mummery (1925, 1939), эта болезнь имеет наследственный характер и передается по признаку доминантного гена, при этом возникновение болезни связано с дисплазией эмбриональных зачатков (Н. А. Краевский 1934; В. Р. Брайцев, 1959). McKusick (1962) считал, что семейный полипоз кишечника передается по наследству независимо от пола, по принципу аутосоматической доминанты. На выраженный семейный характер диффузного полипоза толстой кишки с наследственной предрасположенностью и высоким процентом (65—100) малигнизации полипов указывали многие авторы (А. Н. Рыжих, 1956; А. М. Аминев, 1961; С. А. Холдин, 1965; Vascon, 1949; Morgan, 1959; Mayo, 1951, и др.). Так, Vealy (1960) опубликовал наблюдения над 82 семьями, страдавшими полипозом, из них в 55 семьях на 1036 членов полипоз найден у 208 человек (20%), среди которых у 150 человек к моменту обследования уже имелся рак прямой или ободочной кишки. Dukes (1958) в 57 полипозных семьях обнаружил полипоз у 700 человек.

А. Н. Рыжих и Е. С. Смирнова (1959) из 21 больного отметили семейное поражение у 13. В. Л. Ривкин с соавт. (1964) в 16 семьях выявили 22 больных полипозом. Таким образом, семейный характер заболевания с наследственной предрасположенностью подтверждается многочисленными наблюдениями разных авторов. Другой особенностью диффузного полипоза является выработанная тенденция к малигнизации полипов. По данным Mayo (1951), из 45 больных с диффузным полипозом толстой кишки рак был найден у 39 (86,6%). Morgan (1955) на 218 случаев диффузного полипоза описал раковое превращение полипов у 154 больных (70,5%). По мнению И. В. Давыдовского (1961), Morson, Bussey (1970) и других, множественный рак желудочно-кишечного тракта возникает чаще из полипов или при наличии их. В настоящее время установлено, что диффузный полипоз толстой кишки, особенно его аденопапилломатозная форма, почти во всех случаях приводит к возникновению одной или нескольких раковых опухолей. По данным В. Л. Ривкина с соавт. (1969), озлокачествление полипов при диффузном полипозе прямой и ободочной кишок наблюдалось в 78,2% случаев, в том числе рак на фоне полипоза обнаружен у 25% больных. В. Д. Федоров с соавт. (1976) на основании изучения 173 больных с диффузным полипозом толстой кишки отмечают, что озлокачествление полипов наблюдается при любой форме диффузного полипоза, но особенно часто при папилломатозной форме (61,2%), затем при смешанной (25%) и ювенильной (28%). По их данным, малигнизация полипов наблюдается в любом отделе толстой кишки, но особенно часто превращаются в рак полипы, расположенные в прямой кишке (49,6%) и сигмовидной (24,3%). Morson (1968) на основании изучения гистологического строения полипов считал, что для семейного диффузного полипоза толстой кишки характерно наличие множества аденом, железисто-ворсинчатых и ворсинчатых опухолей, которые относятся к неопластическому типу. По более поздним данным этого автора (1974), при диффузном полипозе первично-множественный рак встретился в 51,2% случаев, в то время как частота рака этой локализации без диффузного полипоза составила всего 3,9%. С. А. Холдин (1965) считал, что у всех больных, которые страдают **семейным полипозом**, в конечном итоге развивается рак, если они живут достаточно долго. Возможно сочетание полипоза толстой кишки с полипозом других отделов желудочно-кишечного тракта. Так, П. Д. Гарнопольская (1951) наблюдала сочетание полипоза толстой кишки с полипозом желудка в 6 случаях, а Н. У. Щингер (1967) отметил на своем материале

(105 случаев) сочетание тотального полипоза толстой кишки с полипозом желудка в 5,6% случаев. По данным ряда авторов (И. С. Петрова, 1961; Reifferscheid, Brenner, 1959), диффузное поражение желудочно-кишечного тракта полипами составляет от 3 до 5,8%.

Как в отечественной, так и особенно в зарубежной литературе имеется много работ, в которых описано сочетание диффузного полипоза толстой кишки с различными внекишечными проявлениями эктодермального, эндо-дермального и мезодермального происхождения (Л. И. Космынина, 1971; А. Н. Рыжих, 1956; А. М. Аминев и др., 1976; Jeghers, 1949; Gardner, 1948, и др.). Сочетание распространенного полипоза желудочно-кишечного тракта с пигментными пятнами на коже (в виде веснушек), преимущественно на лице, слизистых оболочках губ и щек, описаны как синдром Пейтца—Егерса. Эта форма полипоза имеет семейный характер, ее впервые описал Reutz в 1921 г. на основании наблюдений 5 детей одной семьи, страдавших полипозом всего желудочно-кишечного тракта в сочетании с пигментными пятнами на лице (губы, щеки, вокруг рта) и на ладонях, а в 1949 г. Jeghers сообщил о 12 подобных больных, большинство которых были членами одной семьи, с характерной триадой: полипоз желудочно-кишечного тракта, наличие пигментных пятен и наследственный характер заболевания. Пигментные пятна чаще встречаются на лице, имеют вид коричневых или темно-коричневых, иногда буровато-желтых пятен различной величины (от мелкоточечных до размера чечевицы) с четкими контурами. Они напоминают веснушки, но отличаются от них отсутствием сезонности проявления, располагаются на коже вокруг рта, носа, на губах, щеках, подбородке, реже на лбу.

Пятна пигментные бывают на шее, груди, спине, предплечьях, кистях рук, животе, на слизистых оболочках полости рта (на деснах, твердом небе, щеках, языке) и на слизистой оболочке прямой кишки. Ведущим симптомом у этих больных является кровотечение из прямой кишки, анемия, боли в животе и понос с частотой стула до 10—15 раз в сутки и более. Отмечено, что у больных с синдромами Пейтца — Егерса полипы редко превращаются в рак (А. М. Аминев, С. М. Мордовии, 1976; Knutsen, 1961; Bartholomew et al., 1962, и др.).

Gardner (1948) впервые описал 3 больных с диффузным полипозом толстой кишки, сочетавшимся с доброкачественными опухолями мягких тканей (фибромы) и костей (остеомы лица, главным образом нижней челюсти; нижних конечностей), а также внутренних органов и кожи. Это сочетание в литературе описывают под названием синдрома Гарднера, при этом кожные признаки предшествуют кишечным проявлениям. В дальнейшем Gardner (1951—1954) описал 6 семей, состоявших из 51 члена с подобным заболеванием. В. Д. Федоров с соавт. (1976) с 1956 по 1974 г. наблюдали 173 больных диффузным полипозом толстой кишки (96 мужчин и 77 женщин) в возрасте от 14 до 63 лет. У 15 больных был синдром Гарднера и у 3 синдром Пейтца — Егерса, а у 13 были обнаружены лишь некоторые признаки этого синдрома. По гистологическому строению в основном это была аденопапилломатозная форма полипов.

А. М. Аминев и С. М. Мордовии (1976) за 15 лет наблюдали 9 больных с синдромом Гарднера и 13 больных с синдромом Пейтца — Егерса. При этом фактор наследственности имел место лишь у одного из 13 больных. При этой форме полипы не имеют сплошного расположения в отличие от милиарной формы. Описано сочетание диффузного полипоза желудочно-кишечного тракта с облысением, атрофическими изменениями ногтей, пигментацией кожи с анемией и отеками, наблюдающимися преимущественно в возрасте старше 40 лет. Это сочетание объясняется недостаточностью витамина А, рибофлавина, пиридоксина, никотиновой и аскорбиновой кислот, обусловленных уменьшением их всасывания в кишечник (Canada, Cronkhite, 1955). **Семейный полипоз** толстой кишки у брата и сестры в сочетании со злокачественными новообразованиями различных отделов нервной системы (медуллобластома спинного мозга и глиобластома головного мозга) наблюдали Turcot, Depres, Pierre (1959). Этот синдром получил название **синдром Турко**. Wagner и Wenz (1969) описали протеиноферлюст-синдром, характеризующийся значительным понижением белка в сыворотке крови при сочетании генерализованного полипоза с телеангиэктазией. Сочетание полипоза с базедовой болезнью и опухолью надпочечников описали Devic, Bussy (1912), с опухолью яичника—Collins, с опухолью поджелудочной железы—Singuiet—Carnia (цит. из Macafosse et al., 1970).

Среди различных проявлений диффузного полипоза отмечено также сочетание его с недоразвитием организма, инфантилизмом, истощением (А. М. Аминев, 1962; Dukes, 1958, и др.). Этот симптомокомплекс встречается в юношеском возрасте и характеризуется, помимо указанных признаков, гипопроотеинемией и анемией, при этом нередко наблюдается исчерченность и ломкость ногтей.

В связи с многообразием различных сочетаний клинических синдромов диффузного полипоза, до сих пор нет единой общепринятой классификации этого заболевания. Истинный диффузный полипоз толстой кишки (семейный полипоз) следует отличать от так называемого приобретенного полипоза (псевдополипоза), который почти всегда является вторичным — послевоспа-

лительным (постдизентерийный, или псевдополипоз, связанный с неспецифическим язвенным колитом). Bensaude (1932) предложил делить диффузный полипоз на 3 группы: врожденный, воспалительный и паразитарный (шистосоматозный).

А. Н. Рыжих и Е. С. Смирнова (1959) различали полипоз по локализации: тотальный полипоз прямой кишки; полипоз сигмовидной кишки; полипоз прямой и сигмовидной кишок и т. д., выделяя при этом семейный (наследственный) и приобретенный (послевоспалительный полипоз). Классификацию истинного семейного диффузного полипоза прямой и ободочной кишок, основанную на патогистологическом строении полипов, предложили В. Л. Ривкин с соавт. (1969). В эту классификацию включены 4 группы: 1) аденопапилломатозный полипоз; 2) ги-перпластический (милиарный) полипоз; 3) кистозно-гранулирующий (ювенильный) полипоз и 4) смешанный полипоз. По данным авторов, больные с аденопапилломатозным диффузным полипозом составляют более 50%. При этой форме полипы (аденомы и папилломы) гистологически не отличаются от железистых или ворсинчатых полипов и имеют общий морфогенез. Они расположены на разном расстоянии друг от друга и никогда не сливаются, размер их от 0,5 до 3—4 см в диаметре. При гиперпластическом (милиарном) полипозе полипы диаметром до 0,5 см на широком основании, густо усеивают всю слизистую оболочку, не оставляя свободных участков. Эта форма встречается в 6—7% случаев.

При кистозно-гранулирующем (ювенильном) полипозе полипы локализуются главным образом в прямой и сигмовидной кишках, размер их до 3—4 см в диаметре, на длинной ножке, они легко кровоточат. Ювенильная форма диффузного полипоза встречается у 3—5% больных и является наиболее доброкачественной в отличие от других форм.

При любой из описанных выше форм диффузного полипоза на фоне преобладающих однотипных полипов могут встречаться полипы другого морфологического строения (например, ювенильные полипы у больного с милиарным полипозом), поэтому такое деление, основанное на гистологическом принципе строения полипов, является несколько условным, особенно когда речь идет о сочетании нескольких форм полипов у одного больного.

Мы считаем, что более удобной для практического врача является классификация диффузного полипоза, основанная на локализации полипов в различных отделах желудочно-кишечного тракта. В этой связи обосновано разделение диффузного полипоза на 2 основные группы:

1-я группа—диффузный (семейный) полипоз прямой и ободочной кишок (классический вариант); 2-я группа—отдельные синдромы полипоза (Пейтца — Егерса; Гарднера; Турко—Депре и др.). При этом следует четко различать диффузный полипоз, при котором количество полипов исчисляется десятками и сотнями, чаще в разных отделах толстой кишки, от одиночных полипов (групповой полипоз), расположенных в каком-либо отдельном участке прямой или ободочной кишки в количестве от 2—5 до 10—12 полипов.

Dukes (1958), R. Catton, D. Catton (1967) различали 3 стадии развития диффузного полипоза толстой кишки:

1) бессимптомный период (кратковременный); 2) начальная стадия, при которой у больных отмечается тяжесть в животе, метеоризм, урчание, кашицеобразный стул, иногда с примесью крови и слизи в кале; 3) стадия, характеризующаяся обильными выделениями крови и слизи из прямой кишки, частым жидким стулом, метеоризмом, чувством полноты и периодическими болями в животе, тенезмами, потерей аппетита, астенией, выраженным неврастеническим синдромом, нарушением электролитного и протеинового состояний. В отдельных случаях отмечается недоразвитие организма и инфантилизм. Диагноз диффузного полипоза толстой кишки ставят на основании клинических симптомов болезни, анамнестических данных, ректороманоскопии или колоноскопии с биопсией и тщательного рентгенологического обследования больного. Клинический симптомокомплекс, связанный, по-видимому, с увеличением размеров полипов и их числа, характеризуется появлением непостоянных болей в животе, преимущественно в левой половине, поноса, обильных выделений крови и слизи с испражнениями, что иногда ошибочно трактуется как «острая дизентерия». Семейный характер заболевания и характерная ректоскопическая картина полипоза позволяют своевременно поставить правильный диагноз (до бактериологического исследования). Из-за частого жидкого стула, упорных кишечных кровотечений нарастает анемия, которая сопровождается гипопроотеинемией, потерей электролитов, общей слабостью и похуданием.

Кровянистые выделения из прямой кишки отмечаются почти у всех больных с диффузным полипозом. Количество крови может быть от прожилок до массивных кровотечений, что приводит к значительному снижению гемоглобина. Подавляющее большинство больных отмечают появление крови в испражнениях как первый симптом заболевания. Основной причиной кровотечений являются механическое повреждение слизистой оболочки полипа, хрупкой и богатой кровеносными сосудами, а также изъязвление полипа. Ведущим симптомом диффузного поли-

поза является диарей. Жидкий стул иногда бывает до 15—20 раз в сутки, частота его варьирует независимо от сроков заболевания. Испражнения состоят из жидких каловых масс, смешанных с кровью и слизью; иногда—из слизи, окрашенной кровью, иногда — из чистой или измененной крови в большем или меньшем количестве. Частый жидкий стул с кровью является наиболее характерным симптомом милиарного полипоза. Для ювенильного полипоза более типичны выпадения полипов из заднего прохода и кровотечения во время дефекации. У большинства больных диффузным полипозом кишечным расстройствам предшествует дискомфорт со стороны желудка: боли в эпигастрии и области правого подреберья в сочетании с изжогой, отрыжкой, тошнотой и даже рвотой.

Боли чаще локализуются в левой половине живота и в нижних его отделах, иногда в эпигастриальной области и прямой кишке, или разлитые ноющего, реже схваткообразного характера, часто они связаны с актом дефекации. Живот обычно вздут и болезненный при пальпации. Нарушения общего состояния имеют более тяжелый характер, особенно у больных с прогрессирующей анемией и кахексией, что нередко приводит к неблагоприятному исходу.

Анемия у больных диффузным полипозом имеет черты гипохромной железодефицитной анемии и обусловлена кишечными кровотечениями. Обращает на себя внимание снижение средней величины концентрации гемоглобина, количества эритроцитов, цветового показателя и гематокрита, некоторое увеличение СОЭ, тенденция к увеличению общего количества лейкоцитов. При злокачественном перерождении полипов у больных, помимо более выраженного снижения концентрации гемоглобина, сывороточного железа, общего белка и количества альбуминов, отмечается потеря способности белков сыворотки к повышенному связыванию железа, несмотря на его дефицит.

Наряду со значительной анемией и гипопропротеинемией, частым видом нарушений обменных процессов при диффузном полипозе являются изменения водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного состояния в сторону метаболического ацидоза.

При исследовании электролитного состава крови — содержания хлоридов, калия, натрия, кальция и магния — отмечается снижение средней величины клеточного калия и уровня плазматического натрия, уменьшение концентрации кальция и магния, что связано, по-видимому, с частыми поносами у данного контингента больных, а также с ограничением диеты и общей интоксикацией. К изменениям в крови и кроветворных органах при поражении кишечника могут привести: кишечные потери (кровь, белок), нарушение абсорбции (фолиевой кислоты, витаминов В12, К), воспаление и другие причины.

При полипозе функция кишечника значительно страдает в результате нарушения двигательной, всасывательной, экскреторной и секреторной деятельности, а также за счет присоединения инфекции и сопутствующего колита. Вследствие нарушения всасывания жиров и витаминов и потери их через желудочно-кишечный тракт развивается недостаточность витаминов в организме. При диффузном и тотальном полипозе имеется снижение протромбинового индекса у некоторых больных до 60%, что указывает на нарушение функциональной деятельности печени. Кроме того, отмечено снижение свертывающей способности крови и повышение антитромбиновой активности. При малигнизации полипов отмечается повышение свертываемости крови за счет тромбопластиновой активности (Л. И. Космынина, 1971, и др.).

Таким образом, течение диффузного полипоза характеризуется как ранними проявлениями — боли в животе различной локализации и интенсивности, тошнота, иногда рвота, так и более поздними симптомами — поносы с кровянисто-слизистыми выделениями и кишечные кровотечения, которые приводят к анемии, гипопропротеинемии, метаболическим и другим нарушениям в организме больного. Такой симптомокомплекс клинических проявлений болезни должен направлять практического врача на обязательное тщательное обследование всего желудочно-кишечного тракта больного, с применением лабораторных методов, рентгенологического исследования желудка, тонкой и толстой кишок, гастроскопии, ректоскопии и фиброколоноскопии с биопсией.

Диффузный полипоз ободочной и прямой кишок следует дифференцировать главным образом с воспалительным (вторичным) псевдополипозом, развившимся на почве неспецифического язвенного колита или дизентерии. Псевдополипоз при язвенном колите характеризуется циклическим течением заболевания с периодами обострения и ремиссии. Клиника язвенного колита в большинстве случаев характеризуется острым началом заболевания, обильными кровотечениями из заднего прохода, схваткообразными болями в животе, локализующимися в области сигмовидной и прямой кишок, появлением жидкого, зловонного стула с примесью слизи, быстрым нарастанием истощения. Рентгенологически при хроническом язвенном колите отмечается сужение толстой кишки на большом протяжении, в то время как при истинном

полипозе имеется большое количество «дефектов наполнения». Отсутствие семейного анамнеза и воспалительный характер псевдополипов уточняют диагностику.

Реже дифференцируют диффузный полипоз с множественными липомами толстой кишки, миомами, гемангиомами, лимфангиомами, шистосоматозом и другими заболеваниями, включая множественный первичный рак толстой кишки.

Как было отмечено выше, липомы располагаются преимущественно в слепой и восходящей ободочной кишках, иногда в сигмовидной кишке и в ампуле прямой кишки. При локализации в подслизистом слое или субсерозном липомы образуют ограниченное утолщение стенки, выпячивание слизистой оболочки, иногда свисают в просвет кишки, как полипы. Опухоль гладкая, мягкой консистенции, иногда достигает размеров до 10 см, на широком основании, реже основание имеет вид ножки. Клинические проявления при липомах толстой кишки разнообразные, нередко отмечается расстройство стула (запор, понос), иногда кровотечения.

Бывают случаи инвагинации с явлениями перемежающейся непроходимости (Л. П. Симбирцева и др., 1965; Fontaine et al., 1963, и др.).

При рентгенологическом исследовании исчезновение патологического образования («дефект наполнения») при применении метода двойного контрастирования считают типичным для липомы, так как раздутая воздухом толстая кишка и опухоль из жировой ткани имеют одинаковую проницаемость для рентгеновских лучей.

Миомы, гемангиомы, лимфангиомы встречаются редко, не имеют характерных особенностей. Они имеют четкие контуры, располагаются на какой-либо одной стенке и никогда не вызывают обтурации просвета. Диагноз ставят на основании гистологического исследования.

Шистосоматоз (болезнь Бильгарца) является крайне редким паразитарным заболеванием, возникающим при заражении шистосомой Манкони—глисты, которые попадают в толстую кишку, где самки откладывают яйца в подслизистом слое с образованием полиповидных гранул (бугорков), покрытых кишечным эпителием. Такие полипы могут отторгаться и при дефекации попадают наружу, поэтому возможно возобновление цикла развития паразита при попадании его в желу-дочно-кишечный тракт человека. Методом лечения является электрокоагуляция полиповидных гранул через эндоскоп с обязательным гистологическим исследованием.

Диагностическая и оперативная колоноскопия

Введение в практику гибких колоноскопов с волоконной оптикой (фиброколоноскопы) значительно расширило возможности распознавания заболеваний толстой кишки и оказания эффективной лечебной помощи многим больным. Рентгенологический метод исследования при всей его ценности не всегда позволяет точно определить характер патологического процесса и нередко требует повторных исследований.

С появлением современных усовершенствованных фиброколоноскопов с управляемым дистальным концом, советского, японских (фирмы "Olympus", "Mashida"), американского (фирма АСМ) и других производств, колоноскопия получила широкое применение не только как ценный диагностический метод, при котором возможна прицельная биопсия, но и как метод малого хирургического вмешательства, при котором производится удаление полипов.

Устройство колоноскопа аналогично другим фиброскопам. Для левой половины толстой кишки применяется колоноскоп длиной до 100 см (сигмоскопы), а для правой—до 210 см и больше (рис. 13). Колоноскопия—не простая процедура для больного, от которого требуется значительное физическое напряжение. Этот метод следует применять по строгим показаниям, в дополнение к рентгеноскопии и ректоскопии. Основными показаниями к колоноскопии являются: подозрение на опухолевое поражение толстой кишки при неясных или отрицательных рентгенологических данных; полипы и полипоз толстой кишки, для выявления локализации, распространенности и уточнения возможной малигнизации с применением прицельной биопсии; повторные кишечные кровотечения неясной этиологии, для выявления источника кровотечения; инородные тела толстой кишки. Колоноскопию применяют также с целью диспансерного динамического наблюдения за больными или перенесшими радикальную операцию (в отдаленные сроки). Противопоказания к колоноскопии делятся на общие и местные. Общие: выраженная недостаточность сердечно-сосудистой и дыхательной системы, перенесенные ранее инфаркт миокарда и инсульт, аневризма аорты, хроническая ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь II стадии, пароксизмальная тахикардия, нарушение атриовентрикулярной проводимости, тяжелая эмфизема легких, бронхиальная астма, психические заболевания и высокая температура тела у больного. Местные: острые воспалительные заболевания области заднего прохода, ободочной и прямой кишок (обострение геморроя, острый парапроктит, проктит, острый колит, дивертикулит, трещины заднего прохода и др.). Кроме того, колоноскопия не показана при тяжелой форме неспецифического язвенного колита и болезни Крона толстой

кишки в период обострения, когда существует опасность перфорации или профузного кровотечения. Противопоказанием к колоноскопии также считают острые заболевания органов брюшной полости, выраженный геморрагический диатез в связи с опасностью возникновения трудно останавливаемого кишечного кровотечения.

Подготовку к колоноскопии проводят в зависимости от функционального состояния кишечника и характера стула. Всем больным рекомендуется за 5—6 дней назначать бесшлаковую диету. Вечером накануне исследования ставят две очистительные клизмы из воды комнатной температуры с интервалом в 1 ч. Утром в день обследования больному ставят одну очистительную клизму.

Больным с хроническими запорами дополнительно за 2—3 дня до исследования назначают легкое слабительное, а при поносах — настойку опия по 6—8 капель 3 раза в день. Осмотр производят не ранее чем через 1,5—2 ч после очистительной клизмы.

Перед колоноскопией каждому больному проводят пальцевое исследование прямой кишки. Этот простой метод является ценным в диагностике многих болезней прямой кишки.

Перед колоноскопией рекомендуется произвести ирригоскопию, которая позволяет ориентироваться в анатомических вариантах расположения толстой кишки и ее возможной патологии. В некоторых случаях перед колоноскопией применяют премедикацию.

Положение больного на левом боку. Колоноскоп вводят в анус с помощью указательного пальца и дальнейшее продвижение его осуществляется обязательно под контролем зрения с небольшим введением воздуха.

Трудными моментами при продвижении колоноскопа является прохождение длинной и петлеобразно изогнутой сигмовидной кишки, селезеночного угла, провисающей U-образно поперечной части ободочной кишки и подтянутого печеночного угла. Наличие спаечного процесса и общее тяжелое состояние больного также затрудняют проведение исследования.

Во время колоноскопии при обнаружении полипов обязательно производится их биопсия с помощью биопсийных щипцов, вставленных в биопсийный канал аппарата. Особенно трудно выполнить биопсию из полипа на длинной ножке. В этом случае рекомендуется максимально вывести полип в вышележащие отделы толстой кишки, прижать его к стенке открытыми ложечками биопсийных щипцов и лишь только после этого закрыть щипцы.

Значительную сложность представляет производство биопсии из полипов небольших размеров (0,2—0,3 см в диаметре). В этом случае точному забору материала мешает перистальтика кишки и передаточная пульсация от крупных кровеносных сосудов. В некоторых случаях изменение положения тела больного, пальпация через переднюю брюшную стенку, вращение колоноскопа способствуют выведению опухоли в центр поля зрения, что облегчает проведение биопсии.

При длительном кровотечении из места биопсии можно прибегнуть к его остановке с помощью метода электрокоагуляции через колоноскоп. Как правило, кровотечение из места биопсии прекращается самостоятельно и в большинстве случаев не требует специальных мер остановки.

Метод оперативной колоноскопии описал Espiner (1973). Deyhle с соавт. (1971) использовали ток высокой частоты при полипэктомии петлей. С этого момента эндоскопическая полипэктомия стала шире применяться многими эндоскопистами.

Полипэктомия показана при полипах различной величины и формы на выраженной ножке; небольших полипах диаметром до 1,5 см на широком основании. Мелкие полипы (диаметром до 0,3—0,5 см), расположенные друг от друга на некотором расстоянии, могут быть коагулированы.

Противопоказаниями к эндоскопической полипэктомии являются острый колит, повышенная кровоточивость тканей, наличие большого полипа на широком основании, который нужно удалять оперативным путем. Полипэктомия через колоноскоп является сложным и ответственным вмешательством, ее нужно проводить в операционной.

При выполнении полипэктомии необходимо соблюдать следующие правила: петля, которой захватывают ножку полипа, должна быть затянута туго, чтобы полностью прекратился кровоток. Толстую ножку полипа сдавливают постепенно и ближе к головке полипа, так как в толстой ножке могут быть все слои кишечной стенки и при низком пересечении полипа возможна ее перфорация. Чтобы избежать этого, необходимо убедиться в подвижности слизистой оболочки кишки по отношению к подлежащим слоям. Если после затягивания петли хорошо смещается слизистая оболочка по отношению к подлежащим слоям, то перфорация маловероятна.

Отсечение полипов на широкой ножке рекомендуется производить постепенно, меняя режимы коагуляции и срезания. Извлечение полипа после отсечения его часто составляет значительные трудности и в основном осуществляется путем присасывания к эндоскопу или захвата грайферными щипцами. Осложнения при полипэктомии — кровотечение и перфорация стенки кишки. На симпозиуме, посвященном фиброколоноскопии (НИЛ проктологии с клиникой МЗ

РСФСР), В. П. Стрекаловский (1976) сообщил о 4 осложнениях на 4000 колоноскопии у 2750 больных при диагностических колоноскопиях (2 перфорации кишки и 2 кровотечения) и 2 осложнениях при хирургических эндоскопиях (1 прободение кишки и 1 кровотечение). Причинами осложнений являются грубые манипуляции аппаратом, попытки насильственно пройти сквозь стриктурирующую опухоль и наличие дивертикулов ободочной кишки.

А. С. Балалыкин с соавт. (1976) на 185 полипэктомии через фиброколоноскоп в одном случае получили массивное кровотечение (кровопотеря 900 мл), остановленное консервативными мероприятиями. И. Н. Белов наблюдал 2 кровотечения и 1 перфорацию кишки почти на 2000 колоноскопии. Ю. М. Корнилов сообщил о 2 наблюдениях взрыва кишечного газа и 2 ожогах кишки в области полипа при применении электрокоагуляции. Наблюдались также и «диатермические язвы», для предупреждения которых автор рекомендует не набрасывать петлю слишком низко на стенку кишки.

Колоноскопию нужно выполнять только по строгим показаниям и при безупречном соблюдении методики. О сочетании лапароколоноскопического исследования сообщили Ю. Е. Березов с соавт. (1972). Это исследование заключается в следующем: сначала проводят лапароскопию, затем в анальное отверстие вводят колоноскоп и продвижение его по анатомическим изгибам толстой кишки осуществляют с помощью дистального конца лапароскопа. Эффект трансиллюминации дает возможность осмотреть как слизистую оболочку толстой кишки с помощью колоноскопа, так и ее серозный покров с помощью лапароскопа. Сочетание двух методов эндоскопии (лапаро- и колоноскопичи) позволяет более точно проводить дифференциальную диагностику заболеваний толстой кишки, определить характер патологии и ее распространенность. Следует, однако, отметить, что метод биопсии без серии срезов всех удаленных полипов не является безупречным, поэтому возможны диагностические ошибки.

Результаты гистологического исследования биопсийного материала, полученного через колоноскоп, только в 80% наблюдений соответствуют истинной структуре новообразования (А. С. Балалыкин с соавт., 1976).

В 4,4% наблюдений авторов при гистологическом исследовании биопсийного материала были диагностированы различные виды полипов, а при тщательном исследовании всего удаленного новообразования обнаружен рак толстой кишки. Следовательно, для более точной диагностики необходимо тщательное гистологическое исследование всех удаленных полипов.

Лечение полипов и диффузного полипоза ободочной и прямой кишок

Диффузный полипоз толстой кишки, как уже отмечено, является истинным предраком с высоким индексом злокачественного превращения полипов. В настоящее время единственно эффективным методом лечения этого заболевания является радикальное хирургическое вмешательство, направленное на удаление пораженных отделов или всей толстой кишки с возможным сохранением прямой кишки или ее анального отдела со сфинктером. Полипы из прямой кишки удаляют как до операции, так и во время и после нее через ректоскоп. Это позволяет восстановить естественный пассаж кишечного содержимого путем наложения илеоректального анастомоза, а при сохранении правого отдела толстой кишки наложением цекоректального, асцендоректального или трансверзоректального анастомозов, а также путем антиперистальтического использования правых отделов толстой кишки.

Консервативному лечению подлежит лишь небольшая группа больных с редко встречающимся неосложненным тотальным полипозом всего желудочно-кишечного тракта или ювенильным полипозом без малигнизации и профузного кровотечения, а также больные преимущественно пожилого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, которым противопоказано оперативное вмешательство.

Окончательное решение вопроса о выборе метода лечения и объема операции должно проводиться только после тщательного гистологического исследования полипов, удаленных путем электроэксцизии или при биопсии.

Если при гистологическом исследовании полипов подтверждено их злокачественное превращение, то вопрос о характере и объеме оперативного вмешательства решается исходя из онкологических требований и с учетом распространенности опухолевого процесса.

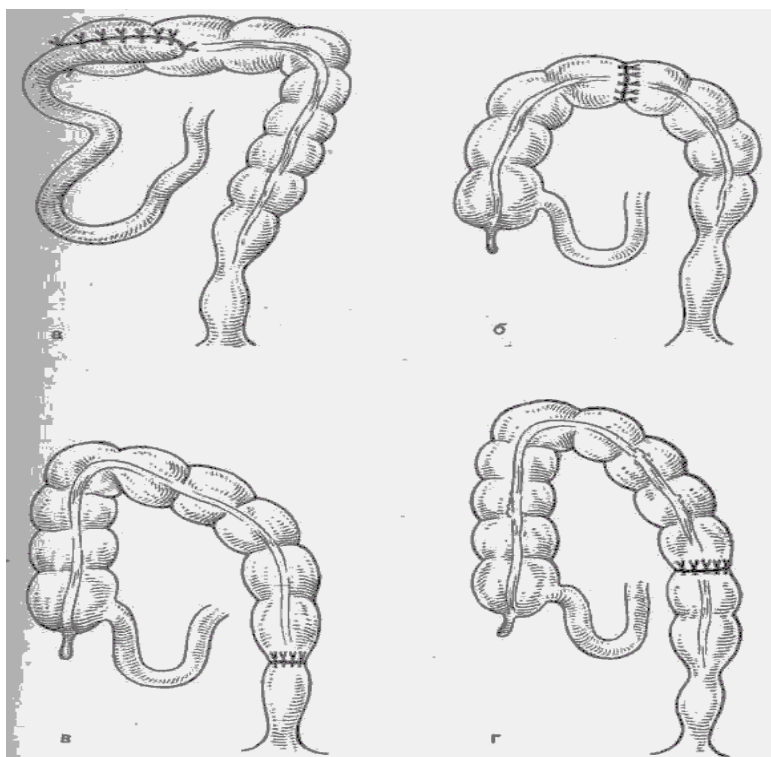


Рис.14 Характер и объем оперативных вмешательств при диффузном полипозе толстой кишки (схемы).

А-правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом;
 б- асцендодесцендоанастомоз; в- десцендоректальный анастомоз; г- трансверзосигмоидальный (ректальный) анастомоз.

При локализации малигнизированных полипов в правой половине толстой кишки производят правостороннюю гемиколэктомию по общепринятой методике с наложением илеотрансверзоанастомоза конец тонкой кишки в бок толстой или бок в бок (рис. 14, а). При локализации полипов в поперечной ободочной кишке, особенно вблизи печеночного и селезеночного угла, вместе с поперечной ободочной кишкой резецируют обе кривизны с наложением анастомоза между восходящей и нисходящей частью ободочной кишки — асцендодесцендоанастомоз (рис. 14, б). При локализации малигнизированных полипов в левой половине толстой кишки, когда удастся сохранить прямую кишку путем электроэксцизии доброкачественных полипов, производят левостороннюю гемиколэктомию с наложением десцендоректального анастомоза (рис. 14, в) или трансверзосигмоидального (ректального) анастомоза (рис. 14, г). Все эти методы операций являются наиболее распространенными при резекциях толстой кишки. Однако в тех случаях, когда после обширной левосторонней гемиколэктомии с селезеночной кривизной и частью прямой кишки невозможно низвести проксимальные отделы поперечной ободочной кишки (при рубцовоизмененной, короткой или жирной брыжейке ободочной кишки, рассыпном варианте строения ее сосудов или слабо выраженных сосудистых аркадах), чтобы избавить больного от постоянного противоестественного ануса, показано замещение обширного дефекта левой половины толстой кишки тонкокишечным трансплантатом (илеocoloplastика).

Нами в эксперименте на животных (собаках) разработаны различные варианты илеocoloplastики и илеocolоректопластики, которые успешно выполнены в клинике у 18 больных при соответствующих показаниях (в том числе при двойной локализации рака в толстой кишке, полипно-язвенном колите, диффузном полипозе с малигнизацией и др.). На основании изучения моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, морфологических и функциональных изменений в илеотрансплантате выявлена компенсаторная перестройка илеотрансплантата и приспособление его к новой функции замещенной толстой

кишки (рис. 15, а, б), что и позволяет рекомендовать илеоколо- и ректопластику для применения при соответствующих показаниях.

Обезболивание при операциях на ободочной и прямой кишках

От правильного выбора метода обезболивания во многом зависит не только успешное проведение самой операции, но и течение послеоперационного периода.

Современная анестезиология располагает большим арсеналом средств, в основном удовлетворяющих большинству требований, предъявляемых в настоящее время к обезболиванию. Хорошее обезболивание должно обеспечить психическое спокойствие больного, анальгезию, торможение чрезмерных и нежелательных рефлексов при полном сохранении компенсаторных реакций, поддержать нормальный ход обменных процессов и в первую очередь газообмена, а также удобные условия для работы хирурга. Достаточное обезболивание позволяет максимально быстро восстановить нормальные физиологические процессы в организме больного по окончании операции.

Такие возможности современной анестезиологии особенно важны при выборе обезболивания у онкологических больных, у которых, как известно, нарушены обменные процессы (белковый, жировой, углеводный, водно-солевой), сопровождающиеся, как правило, интоксикацией, истощением и др. Сочетание пожилого возраста больного с изменениями со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, паренхиматозных органов и нередко значительным объемом оперативного вмешательства предрасполагает к развитию шока, отеку легких, снижает пластические свойства тканей и реактивность центральной нервной системы.

Таким образом, определяющими факторами, которые оказывают решающее влияние на выбор и характер методики анестезии, по нашему мнению, являются: общее состояние и возраст больного, изменения со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной и эндокринной систем, сопутствующие изменения со стороны печени, почек и обмена веществ. Травматичность предстоящей операции и ее характер в зависимости от локализации патологического процесса также имеют значение при выборе способа обезболивания.

Методом выбора способа обезболивания при радикальных операциях на толстой кишке (включая прямую) является современный эндотрахеальный наркоз. Местное обезболивание непригодно для подобного рода крупных операций. Тяжелая психическая травма, гипотензия и другие расстройства, недостаточное мышечное расслабление, создающие дополнительные технические трудности, являются постоянными спутниками радикальных оперативных вмешательств, которые производят под местным обезболиванием. Вместе с тем при некоторых кратковременных паллиативных операциях: наложение свища или искусственного заднего прохода, особенно у ослабленных, истощенных больных пожилого возраста, применение местного обезболивания целесообразно.

Спинальная анестезия для выполнения расширенных операций на толстой кишке, несмотря на хорошее мышечное расслабление, недостаточно эффективна. У 9 из 22 оперированных, нами больных спинальная анестезия не обеспечила нужных операционных условий и достаточного обезболивания, что потребовало добавления местного обезболивания у 3 больных и эфирного наркоза—у 6. Необходимость получения высокого уровня чувствительного блока (не ниже мечевидного отростка) вместе с тем обуславливает потребность во вспомогательном дыхании, так как при этом уровне спинальной анестезии неизбежны расстройства дыхательной функции за счет расслабления брюшных и нижнегрудных групп мышц. Наконец, неблагоприятным фактором остается сохранение сознания больного при этом виде обезболивания. Таким образом, по нашим данным, спинномозговую анестезию нельзя считать методом выбора при операциях на толстой кишке. В отдельных случаях она может найти применение с обязательным учетом ее возможностей и опасностей. Поэтому тотчас после введения анестетика в субарахноидальное пространство необходимо наладить капельное внутривенное вливание крови или кровезамещающих растворов. В качестве премедикации обязательно применение эфедрина и кофеина для профилактики возможной гипотензии. С этой же целью рекомендуется введение эфедрина в субарахноидальное пространство.

Нами в клинике широко применяется эндотрахеальный эфирный и газово-кислородный наркоз с миорелаксантами, что позволяет успешно выполнять любые радикальные операции на толстой кишке (включая прямую). Сопоставление течения операций и их результатов при различных

методах обезболивания свидетельствует о преимуществах эндотрахеального наркоза с миорелаксантами, который, по нашему мнению, является методом выбора при продолжительных и травматических операциях. При ведении наркоза закисью азота с кислородом (в соотношениях 3: 1 или 2:1) усиление анальгезирующего эффекта может быть достигнуто с помощью дробного внутривенного введения промедола по 10—20 мг через 20—30 мин. Критерием для введения промедола, по нашим наблюдениям, является повышение систолического давления более чем на 20 мм рт. ст. по сравнению с исходным уровнем. Общая доза промедола не превышает 50—60 мг.

Усиление анальгезирующего действия закиси азота может быть достигнуто также более сильной премедикацией, включающей фенотиазины и анальгетики. Наконец, с этой целью можно воспользоваться сочетанием закиси азота с другими анестетиками—эфиром, барбитуратами, циклопропаном, фторотаном (флюотаном) и др. В качестве профилактики патологических реакций при операциях на кишечнике целесообразно проводить новокаиновую инфильтрацию корня брыжейки и забрюшинного пространства 0,25% раствором новокаина с антибиотиками. Новокаиновая блокада снимает нежелательные реакции в процессе оперативного вмешательства, а также создает анальгезический эффект и более быструю нормализацию функции кишечника в ближайшем послеоперационном периоде.

Методы резекции толстой кишки и тонкокишечной пластикой

Как отмечено выше, при резекции правой половины толстой кишки, операцию заканчивают наложением илеотрансверзоанастомоза, а при обширной резекции левой половины ободочной кишки и части прямой—восстановление кишечной трубки производят путем низведения проксимальных отделов ободочной кишки и в зависимости от объема резекции формируют десцендоректальный или трансверзоректальный анастомоз. Эти операции несомненно являются методом выбора. Однако нередко при обширной резекции дистальных отделов толстой кишки с частью прямой кишки низведение проксимальных отделов и анастомозирование далеко отстоящих друг от друга концов ободочной и прямой кишок невозможно. Это бывает при короткой рубцовой измененной и жирной брыжейке ободочной кишки, рассыпном варианте ее сосудов, явлениях периколита и др. В этих случаях операцию нередко заканчивают формированием противоестественного заднего прохода и такие больные вынуждены постоянно пользоваться калоприемником. В связи с произвольным выделением кала и газов через колостому больные избегают пребывания в обществе, испытывают большие неудобства и тяжелые психические переживания, поэтому многие из них отказываются от радикальной операции, если завершение ее предусматривает наложение постоянного противоестественного ануса. В подобных случаях, когда невозможно наложение ободочно-прямокишечного анастомоза (десцендоректального, или трансверзоректального и др.), единственным способом избавить больного от противоестественного ануса является замещение обширного дефекта левой половины толстой кишки тонкокишечным трансплантатом (илеоколо- и ректопластика).

Рисунок утерян

Рис. 16. Одномоментная илеоколопластика (схемы).

а — вариант с разгрузочной цекостомой; б — вариант с разгрузочной колостомой.

Возможности современной восстановительной хирургии позволяют избавить многих больных от постоянного противоестественного ануса. Сказанное также относится и к субтотальной и тотальной колэктомии, которые нередко завершаются формированием илеостомы, приводящей к нарушению эвакуаторной и пищеварительной функции желудочно-кишечного тракта. Все это послужило основанием к описанию методик восстановительных операций при обширных и тотальных резекциях толстой кишки с применением тонкокишечной пластики. Приводим описание методики илеоколопластики, которая выполняется в двух вариантах одномоментным или двухмоментным способом.

Одномоментная илеоколопластика. Первый вариант одномоментной илеоколопластики с разгрузочной цекостомой (рис. 16,а). Срединная лапаротомия. Мобилизацию и удаление левой половины ободочной кишки и части прямой кишки производят по общепринятой методике в пределах здоровых участков кишки. При невозможности наложить прямой десцендо- или трансверзоректальный анастомоз по указанным выше причинам выделяют трансплантат из подвздош-

ной кишки. С этой целью подвздошную кишку пересекают до корня брыжейки, отступя на 20—25 см от илеоцекального угла и затем соответственно дефекту удаленной левой половины толстой кишки выделяют отрезок длиной до 35—40 см, где также подвздошную кишку пересекают до корня брыжейки. Выделенный тонкокишечный трансплантат на брыжеечной ножке с хорошим кровоснабжением перемещают на место удаленной толстой кишки. Концы трансплантата зашивают наглухо. Восстанавливают проходимость тонкой кишки наложением анастомоза конец в конец между приводящим и отводящим концами подвздошной кишки двухрядными узловыми шелковыми швами. Илеотрансплантат анастомозируют с концами ободочной и прямой кишок. Вначале накладывают нижний анастомоз конец прямой кишки в бок илеотрансплантата, затем верхний—конец нисходящей или поперечной ободочной кишки в бок илеотрансплантата двухрядными узловыми шелковыми швами. Сшивают края брыжейки толстой кишки и илеотрансплантата. Таким образом восстанавливается непрерывность кишечной трубки путем одномоментного включения илеотрансплантата в дефект левой половины толстой кишки. Операцию заканчивают обязательным наложением разгрузочного свища на слепую кишку через отдельный разрез в правой подвздошной области по типу свища Витцеля с широкой резиновой трубкой. Свищ обычно закрывается самостоятельно вскоре после удаления трубки, поэтому не требуется дополнительной операции для закрытия цекостомы. В брюшную полость вводят антибиотики, рану зашивают послойно.

Второй вариант одномоментной илеоколопластики отличается от первого методикой наложения верхнего анастомоза между поперечной ободочной кишкой и илеотрансплантатом и наложением разгрузочной колостомы (вместо цекостомы) (рис. 16,6).

Суть второго варианта одномоментной илеоколопластики состоит в следующем: удаление левой половины ободочной кишки и части прямой, выделение илеотрансплантата и наложение нижнего анастомоза между прямой кишкой и трансплантатом производят по методике, описанной в первом варианте. После наложения нижнего — илеоректального анастомоза, формируют верхний анастомоз, который накладывают бок в бок между илеотрансплантатом и поперечной ободочной кишкой, отступя на 7—8 см от ее свободного конца, который затем выводится наружу через отдельный разрез слева от средней линии, и из него формируется временная разгрузочная колостома.

В брюшную полость вводят антибиотики. Срединную рану зашивают послойно. Колостому закрывают через 4—6 нед внебрюшинно под местным обезболиванием.

Второй вариант может быть применен как при одномоментной операции, так и с целью ликвидации противоестественного ануса, наложенного при операции типа Гартмана (левосторонняя гемиколэктомия с наложением противоестественного ануса и выключением прямой кишки). В этих случаях при восстановительной операции (илеоколопластика) противоестественный анус временно сохраняют в виде разгрузочного свища и затем через 4—6 нед ликвидируют внебрюшинно под местным обезболиванием. Приводим одно из наших наблюдений успешного приращения в клинике одномоментной илеоколопластики с разгрузочной цекостомой. Больной С., 46 лет, госпитализирован в клинику по поводу по-липозно-язвенного колита и аденокарциномы сигмовидной кишки. Болен около 2 лет.

Периодически схваткообразные боли в животе, жидкий стул со слизью и примесью крови. Поносы чередуются с запорами. Лечился в терапевтических стационарах безуспешно. Оперирован под эндотрахеальным наркозом. Произведена обширная резекция пораженной левой половины ободочной кишки с частью прямой кишки и селезеночной кривизной. Низведение поперечной ободочной кишки и наложение трансверзоректального анастомоза оказались невозможными из-за короткой брыжейки и рассыпного строения ее сосудов. Чтобы избежать наложения противоестественного ануса произведено одномоментное замещение обширного дефекта левой половины толстой кишки тонкокишечным трансплантатом по первому варианту одномоментной илеоколопластики с наложением разгрузочной цекостомы по типу свища Витцеля и введением в ее просвет широкой резиновой трубки.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На следующий день после операции через цекостому выделялся жидкий кал, а на 3-й день через прямую кишку при расширении сфинктера начал выделяться жидкий кал и газы. Трубка из цекостомы удалена на 12-й день. Стул ежедневно самостоятельный, жидкий. Через месяц после операции стул 2—3 раза в день кашицеобразный. Через цекостому выделений нет. Выписан домой в удовлетворительном состоянии. Обследован через 4 мес после операции. Стул 1—2 раза в день кашицеобразный. Цекостома закрылась самостоятельно. Самочувствие хорошее. Работает по специальности (гравером). Через год поправился на 5,5 кг. Стул оформленный 1—2 раза в день. При пригоскопии илеотрансплантат значительно расширился, складки слизистой сглажены. В настоящее время никаких жалоб не предъявляет. Здоров.

Двухмоментная илеоколопластика осуществляется в двух вариантах у более ослабленных больных. Первый вариант — наложение функционирующего илеоректального анастомоза с колостомой. В первом этапе производят левостороннюю гемиколэктомию с частью прямой кишки. Для замещения резецированных отделов накладывают один нижний илеоректальный анастомоз (рис. 17, а). С этой целью конец прямой кишки анастомозируют в бок подвздошной кишки на расстоянии до 30 см от илеоцекального угла. При этом подвздошная кишка в первом этапе не пересекается, что создает хорошие условия для сращения анастомоза. Операцию заканчивают выведением проксимального конца нисходящей или поперечной ободочной кишки через отдельный разрез брюшной стенки слева от средней линии и из него формируют временную колостому. В брюшную полость вводят антибиотики, рану зашивают послойно. Таким образом, в первом этапе накладывают только один анастомоз — илеоректальный.

После первого этапа операции эвакуация кишечного содержимого осуществляется преимущественно через прямую кишку и лишь частично через колостому. Благодаря функционированию илеоректального анастомоза не происходит сужение его и деформация. Во втором этапе (через 4—6 нед) выделяют илеотрансплантат (рис. 17, б). Для этого подвздошную кишку пересекают на 3—5 см дистальнее илеоректального анастомоза и на 25—30 см — проксимальнее. Оба конца трансплантата ушивают наглухо. Восстанавливают проходимость тонкой кишки наложением анастомоза конец в конец. Далее накладывают верхний анастомоз между ободочной кишкой и илеотрансплантатом по типу конец в бок или бок в бок, в зависимости от этого разгрузочную колостому ликвидируют одновременно или через 2—3 нед после операции (внебрюшинно под местным обезболиванием). После наложения анастомозов сшивают края брыжейки. В брюшную полость вводят антибиотики, рану зашивают послойно.

Второй вариант двухмоментной илеоколопластики — в дефект толстой кишки вшивают подвздошную кишку без ее пересечения.

В первом этапе после резекции левой половины толстой кишки в образовавшийся дефект вшивают петлю подвздошной кишки по следующей методике (рис. 18, а). Терминальную петлю подвздошной кишки на расстоянии до 30 см от илеоцекального угла анастомозируют с культей прямой кишки (конец прямой в бок подвздошной кишки), после этого приводящую петлю подвздошной кишки проксимальнее илеоректального анастомоза подводят без натяжения к поперечной ободочной кишке и между ними накладывают широкий верхний анастомоз

бок в бок на расстоянии 7—8 см от свободного конца ободочной кишки, который после наложения анастомоза выводится через отдельный разрез брюшной стенки слева от средней линии и из него формируется разгрузочная колостома. В брюшную полость вводят антибиотики и рану зашивают послойно.

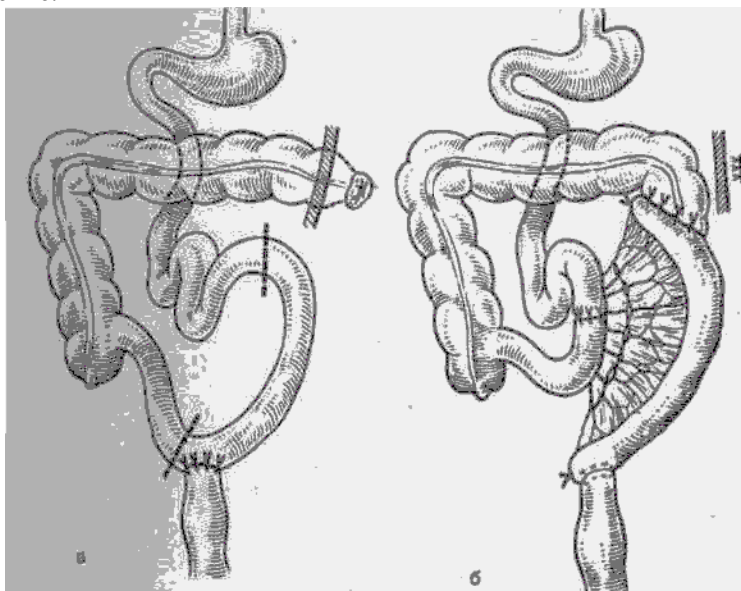


Рис. 17. Двухмоментная илеоколопластика (первый вариант) (схема).

а—наложены илеоректальный анастомоз с колостомой (первый этап); б— выделен илеотрансплантат и ликвидирована колостома (второй этап).

Рисунок утерян

Рис. 18. Двухмоментная илеоколопластика (второй вариант), (схема).

а — наложены илеоректальный и илеотрансверзоанастомозы с колостомой (первый этап); б — выделен илеотрансплантат и ликвидирована колостома (второй этап).

После первого этапа операции, как и в первом варианте, опорожнение кишечника происходит через прямую кишку и частично через колостому. Однако вшивание в дефект толстой кишки петли подвздошной кишки без ее пересечения не только создает лучшие условия для срастания анастомозов, но и значительно облегчает второй этап операции.

Во втором этапе операции (через 4—6 нед) ликвидируют колостому (рис. 18,б). Подвздошную кишку, вшитую в дефект толстой кишки, пересекают до корня брыжейки на 3—5 см проксимальнее верхнего—илеободочного анастомоза и дистальнее нижнего—илеоректального анастомоза, наложенных в первом этапе.

Концы выделенной из подвздошной кишки петли—трансплантата—ушивают наглухо вблизи верхнего и нижнего анастомозов. Восстанавливают проходимость тонкой кишки наложением анастомоза конец в конец между приводящим и отводящим концами подвздошной кишки. Сшивают края брыжейки. В брюшную полость вводят антибиотики. Рану зашивают послойно.

Таким образом, во втором этапе производится минимальное оперативное вмешательство с наложением одного тонкокишечного анастомоза. Сроки между первым и вторым этапами и при первом и втором вариантах не ограничены, так как в первом этапе накладывается функционирующий илеоректальный анастомоз, поэтому оба варианта успешно могут применяться как при первичной резекции левой половины толстой кишки, так и с целью ликвидации противоестественного ануса, наложенного при операции по Гартману.

Для иллюстрации успешного применения двухмоментной илеоколопластики одновременно с обширной резекцией дистальных отделов толстой кишки приведем одно из наших наблюдений.

Больная Ш., 25 лет, госпитализирована в клинику по поводу кровоточащего полипозно-язвенного колита. Кожные покровы бледные, истощена. Масса тела 37 кг 200 г. Больна более 2 лет. Стул до 12 раз в день жидкий с примесью крови. Гемоглобин крови 48 г/л (29 ед.). Длительное консервативное лечение в разных учреждениях без эффекта.

Под эндотрахеальным наркозом произведена обширная резекция левой половины толстой кишки, включая селезеночную кривизну ободочной кишки и супраампулярную часть прямой кишки. Из-за невозможности низведения поперечной ободочной кишки и наложения трансверзоректального анастомоза произведена илеоколопластика двухмоментным способом по первому варианту. Послеоперационный период протекал без осложнений. Со 2-го дня после операции через прямую кишку выходили газы и затем жидкое кишечное содержимое. С 8-го дня — ежедневно самостоятельный стул через прямую кишку до 5—6 раз в день. Через 2 нед после первого этапа операции больная начала ходить. Общее состояние вполне удовлетворительное. Через 3 мес повторно госпитализирована для второго этапа операции. Прибавка массы тела увеличилась еще на 6 кг. Стул 2—3 раза в день кашицеобразный. Произведен второй этап илеоколопластики. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана домой с хорошей функцией кишечника. Через год вышла замуж. Обследована через 12 лет после илеоколопластики. Здоровая. Работает по специальности (бухгалтер), имеет ребенка. Стул оформленный 1—2 раза в день. При ирригоскопии барий свободно заполняет все отделы толстой кишки. Диаметр илеотрансплантата соответствует ободочной кишке (рис. 19).

При обширной резекции левой половины ободочной кишки с частью или всей поперечной ободочной кишкой, восстановление кишечной трубки возможно путем наложения трансверзоректального или асцендоректального анастомоза при подвижности этих отделов. В отдельных случаях возможно восстановление кишечной трубки за счет слепой кишки и части восходящей ободочной, если в них нет полипов или имеющиеся одиночные полипы удалены. Методика этой операции нами выполняется по двум вариантам.

Первый вариант—наложение цекоректального анастомоза с разгрузочной колостомой (рис. 20, а). После удаления левой половины ободочной кишки и поперечной ободочной производится мобилизация илеоцекально-го угла до свободного подведения купола слепой кишки на расстоянии 4—5 см от нее. Отводящий конец ее зашивают наглухо с инвагинацией в слепую кишку. Приводящий отрезок подвздошной кишки анастомозируют с проксимальным концом ободочной кишки вблизи печеночной кривизны по типу конец в бок или бок в бок. Слепую кишку низводят до культи прямой кишки и накладывают цекоректальный анастомоз конец прямой кишки в бок слепой кишки. На восходящую ободочную кишку накладывают разгрузочную колостому.

После такой операции продвижение кишечного содержимого через оставшуюся правую половину ободочной кишки идет ретроградно, т. е. через слепую кишку в прямую. Такой механизм ретроградного продвижения кишечного содержимого возможен благодаря антиперистальтическим сокращениям толстой кишки.

Второй вариант — наложение цеко-илеоректального анастомоза с колостомой (рис. 20, б), выполняется в тех случаях, когда невозможно мобилизовать илеоцекальный угол и соединить слепую кишку с прямой. В этих случаях слепая кишка соединяется с прямой с помощью терминального отрезка подвздошной кишки по следующей методике.

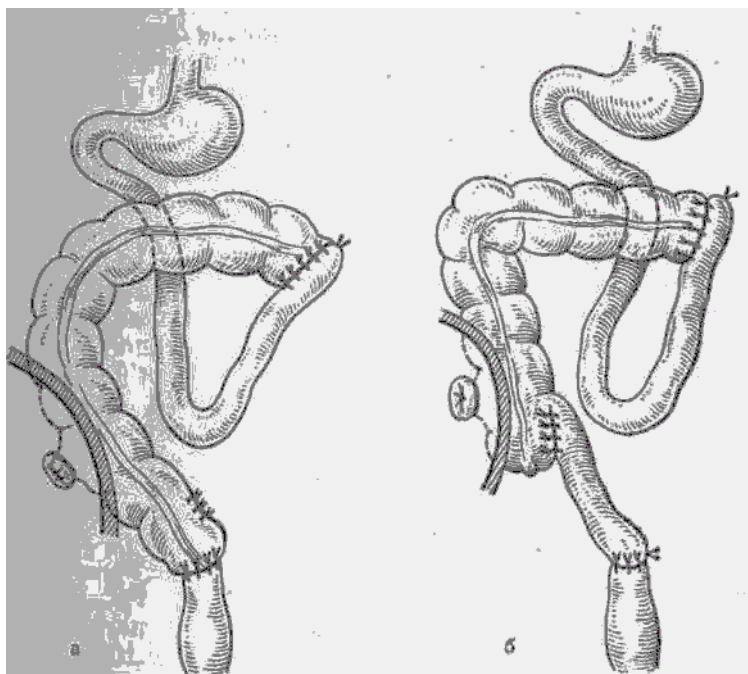


Рис. 20. Обширная резекция левой половины ободочной кишки (схемы).

а — цеко-ректальный анастомоз с колостомой; б — цеко-илеоректальный анастомоз с колостомой.

После удаления левой половины ободочной кишки и поперечной ободочной подвздошную кишку пересекают до корня брыжейки на расстоянии до 25 см от илеоцекального угла. Отводящий конец зашивают наглухо и анастомозируют с культей прямой кишки (конец прямой кишки в бок подвздошной), а приводящий конец анастомозируют с проксимальным концом ободочной кишки вблизи печеночной кривизны по типу конец в бок или бок в бок, как в первом варианте. Для свободного продвижения кишечного содержимого из слепой кишки в подвздошную и далее в прямую кишку накладывается боковое илеоцекальное соустье сразу же у места впадения подвздошной кишки в слепую, или рассекают баугиниеву заслонку, что менее эффективно. Для разгрузки анастомозов в обоих вариантах накладывают цеко-стому или колостому.

Таким образом, при обширной резекции дистальных отделов левой половины толстой кишки методом выбора восстановительного этапа операции несомненно является низведение проксимальных отделов ободочной кишки и только в случаях, когда восстановление проходимости за счет низведения толстой кишки невозможно, чтобы избежать наложения постоянного, противоестественного ануса, показано замещение обширного дефекта $1/2$ толстой кишки тонкокишечным трансплантатом (илеоколо- и ректопластика), поэтому эта операция является резервной. Применение тонкокишечной пластики наряду с другими восстановительными операциями с наложением трансверзоректального или цеко-ректального анастомоза при обширной или тотальной резекции ободочной и прямой кишок, по поводу злокачественного полипоза или язвенного колита, когда возможно сохранить анальный отдел и сфинктер прямой кишки, расширяет возможности хирурга в выборе метода восстановительной операции и позволяет производить любой объем резекции дистальных отделов толстой кишки с одновременным или последующим восстановлением проходимости кишечника и тем самым избавить многих больных от пожизненного противоестественного ануса и восстановить их трудоспособность. Выбор метода и объема оперативного вмешательства при диффузном (семейном) полипозе ободочной и прямой кишок производится с учетом формы и степени распространенности полипов, темпов их роста и имеющихся осложнений (кровотечение, малигнизация), а также возраста и

общего состояния больного. Несомненно, наиболее радикальной операцией при диффузном семейном полипозе является тотальная проктоколонэктомия, которая заканчивается наложением постоянной илеостомы. Однако после удаления всей толстой кишки, включая прямую, больные вынуждены жить с кишечным свищем. Наряду с местными неудобствами, которые иногда приводят к психосоматическим расстройствам, у этих больных имеются общие нарушения обмена веществ и пищеварения.

Поэтому показания к такой операции должны быть строго обоснованы. Тотальная проктоколонэктомия с наложением постоянной илеостомы производится при множественной малигнизации полипов на разных уровнях прямой или ободочной кишок, или при подозрении на малигнизацию полипов с повторными профузными кровотечениями.

По мнению большинства хирургов, операцией выбора при диффузном полипозе прямой и ободочной кишок является субтотальная колонэктомия с сохранением части или всей прямой кишки и формированием илеоректального или илеосигмоидального анастомоза.

Сохранение прямой кишки возможно при наличии в ней полипов без признаков малигнизации. В этих случаях удаление полипов из оставленной культи прямой кишки производят электрокоагулирующей через ректоскоп, а также путем трансанального иссечения, как до операции, так и после выполнения левосторонней или субтотальной колонэктомии.

Оригинальную методику удаления полипов из прямой кишки предложил австрийский хирург Orroizer (1964), который после удаления толстой кишки выворачивал прямую кишку через растянутый задний проход и острой ложкой соскабливал слизистую оболочку вместе с полипами.

Очищенную таким путем прямую кишку вправляют обратно в полость таза и со стороны брюшной полости накладывают илеоректальный анастомоз. В. Р. Ривкин (1967) предложил не соскабливать слизистую оболочку прямой кишки, а иссекать каждый полип отдельно с предварительным прошиванием его основания. Reiffner-scheid (1962) после удаления толстой кишки рекомендовал удалять слизистую оболочку прямой кишки до анального отверстия, через образовавшуюся муфту низводить подвздошную кишку и фиксировать в области заднего прохода.

Тщательное удаление полипов из прямой кишки является важнейшим условием профилактики рецидивов и малигнизации, поэтому больным с илеоректальным анастомозом рекомендуется не реже одного раза в 3—4 мес производить ректоскопию с электрокоагуляцией или эксцизией имеющихся полипов.

При удалении полипов в более поздние сроки, спустя 6—7 мес, Г. С. Михайлянц и Д. К. Камаева (1976) отметили развитие раковой опухоли в оставленной прямой кишке у 14 больных из 72, наблюдавшихся в сроки от 1 года до 10 лет, после наложения илеоректального анастомоза.

Одномоментная субтотальная колэктомия с илеоректальным анастомозом

Операцию выполняют из нижнесрединного лапаротомного разреза с обходом пупка слева и на 5—6 см выше него. После осмотра брюшной полости производят мобилизацию ободочной кишки. Вначале рассекают париетальную брюшину латерального канала вдоль правой половины толстой кишки от илеоцекального угла до печеночной кривизны. Мобилизуют илеоцекальный угол с пересечением брыжейки подвздошной кишки на расстоянии 10—12 см от слепой кишки. Мобилизуют всю правую половину толстой кишки с перевязкой и пересечением подвздошно-ободочной и правой ободочной артерий и вен. Восходящую и слепую кишки с помощью тупферов тупым путем отпрепаровывают к средней линии до средней ободочной артерии. Пересекают между зажимами печеночно-ободочную и желудочно-ободочную связки и мобилизуют печеночную кривизну и правую половину поперечной ободочной кишки с пересечением брыжейки ее между зажимами и перевязкой средней ободочной артерии.

Далее мобилизуют левую половину ободочной кишки. С этой целью рассекают париетальную брюшину латерального канала вдоль сигмовидной и нисходящей ободочной кишки от ректосигмоидального отдела до селезеночной кривизны. Между зажимами рассекают брыжейку сигмовидной кишки с предварительной перевязкой левой ободочной и сигмовидных артерий и вен. Трудным моментом является мобилизация селезеночной кривизны, так как угол ее располагается высоко и иногда фиксирован у селезенки, поэтому осторожно пересекают связку между толстой кишкой, селезенкой и диафрагмой, после чего селезеночная кривизна выводится в рану и мобилизуется вместе с поперечной ободочной кишкой. Освобождением селезеночной кривизны заканчивается мобилизация всей толстой кишки.

Между зажимами пересекают сигмовидную и подвздошную кишки в пределах здоровых участков и удаляют всю пораженную полипами толстую кишку. Такая последовательность отсечения толстой кишки после мобилизации всех ее отделов позволяет с большей вероятностью избежать инфицирования брюшной полости.

Заключительный этап операции состоит в формировании илеоректального анастомоза, что представляет серьезную задачу. Применяемые обычные методики наложения илеоректального анастомоза (Aylett, 1957, и др.), в формг «девятки» (Fallis, Barton, 1957), или аппаратом КЦ-28 (конец в конец или конец в бок) (А. И. Рыжих, 1968) не избавляют больного от частого жидкого стула с этими нарушениями пищеварения и метаболизма.

Нами разработана более рациональная методика формирования илеоректального анастомоза с созданием тон-кишечного резервуара в виде искусственной сигмы или прямой кишки из

удвоенной петли подвздошной кишки с кольцом-жомом между тонкокишечным резервуаром и оставшейся частью прямой кишки. Операция выполняется под эндотрахеальным наркозом в один или два этапа, в зависимости от общего состояния больного.

Методика операции заключается в следующем:

срединным разрезом вскрывают брюшную полость. Производится мобилизация всей ободочной кишки, от ампулярного отдела прямой кишки до терминального отдела подвздошной кишки по описанной выше методике. Подвздошную кишку пересекают между зажимами, на расстоянии около 5 см от слепой кишки. Всю мобилизованную ободочную кишку с частью прямой удаляют, культю прямой кишки освобождают от полипов, далее накладывают илеоректальный анастомоз по типу конец прямой кишки в бок подвздошной, на расстоянии 25—30 см от ее конца.

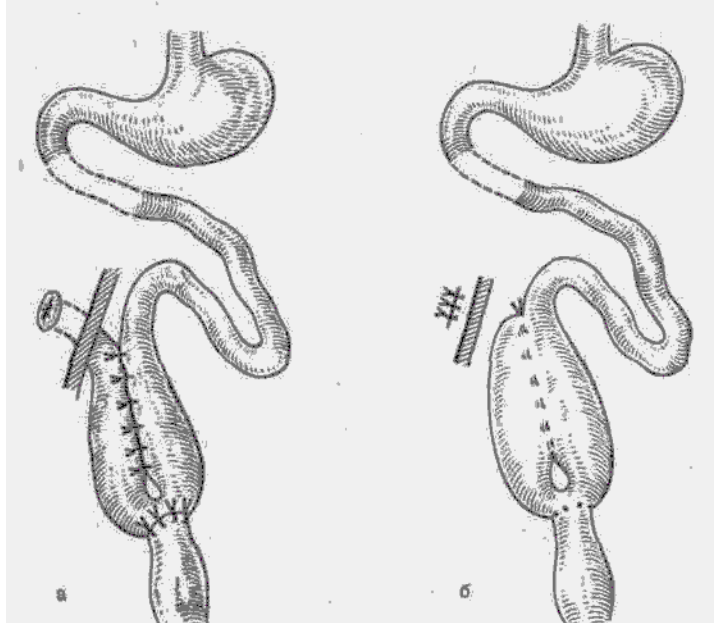


Рис. 21. Одномоментная субтотальная колэктомия (схема).

а—сформирован илеоректальный анастомоз и тонкокишечный резервуар из удвоенной петли подвздошной кишки с разгрузочной илеостомой (первый этап);
б—ликвидирована илеостома (второй этап).

Для образования тонкокишечного резервуара отводящий конец подвздошной кишки соединяют с приводящим отрезком бок в бок на протяжении 15—17 см на расстоянии до 4—5 см от илеоректального анастомоза.

Операция заканчивается выведением терминального конца подвздошной кишки над образованным резервуаром, через отдельный разрез брюшной стенки и формированием разгрузочной илеостомы (рис. 21,а), которая ликвидируется через 3—4 нед после операции под местным обезболиванием внебрюшинно (рис. 21, б).

Таким образом, благодаря продольному соединению двух противоположно перистальтирующих отрезков подвздошной кишки создается расширенный резервуар в виде искусственной сигмы длиной 15—17 см, что создает условия для более замедленного прохождения кишечного содержимого в прямую кишку. Особенно этому способствуют активно перистальтирующие, приводящий и отводящий отрезки подвздошной кишки, образующие кольцо-жом между резервуаром и прямой кишкой, в чем можно убедиться при исследовании эвакуаторной функции кишечника. Барий, принятый через рот, при рентгеновском исследовании задерживается в тонкокишечном резервуаре до 18—22 ч. Данная методика операции была применена нами у больных с хорошими результатами.

Если операция выполняется в два этапа, то первый этап заканчивается наложением илеоректального анастомоза (по описанной выше методике) и илеостомы на терминальный конец подвздошной кишки. Во втором этапе ликвидируют илеостому и формируют тонкокишечный резервуар по описанной выше методике.

Двухмоментная субтотальная колэктомия с илеоректальным анастомозом

Двухмоментную субтотальную колэктомию с формированием илеоректального анастомоза по нашей методике выполняют у ослабленных больных.

В первом этапе операции производится резекция левой половины толстой кишки с наложением разгрузочной колостомы (трасверзостомы). Прямую кишку пересекают в верхнеампулярном отделе или ниже, в зависимости от локализации полипов. Резецируют сигмовидную и нисходящую ободочную кишки. Приводящий конец ободочной кишки выводят через отдельный разрез слева от средней линии для формирования колостомы. Культи прямой кишки освобождаются от имеющихся полипов (путем выворачивания ее или через просвет) и формируется илеоректальный анастомоз по следующей методике: конец культи прямой кишки анастомозируют в бок подвздошной кишки, отступая на 40 см от илеоцекального угла. Подвздошную кишку при этом не пересекают, благодаря чему создается разгрузка илеоректального анастомоза через отводящую петлю и колостому, которая формируется в конце операции (рис. 22, а).

Второй этап производят через 1,5—2 мес в зависимости от общего состояния больного. Удаляют оставшуюся правую половину ободочной кишки с колостомой. Подвздошную кишку пересекают, отступая на 5—10 см от слепой кишки, конец ее зашивают наглухо. Выделенную отводящую петлю подвздошной кишки анастомозируют на протяжении 15—17 см с приводящей петлей кишки выше илеоректального анастомоза на 4—5 см, образуя таким образом тонкокишечный резервуар длиной 15—17 см из удвоенной петли подвздошной кишки (рис. 22, б, в).

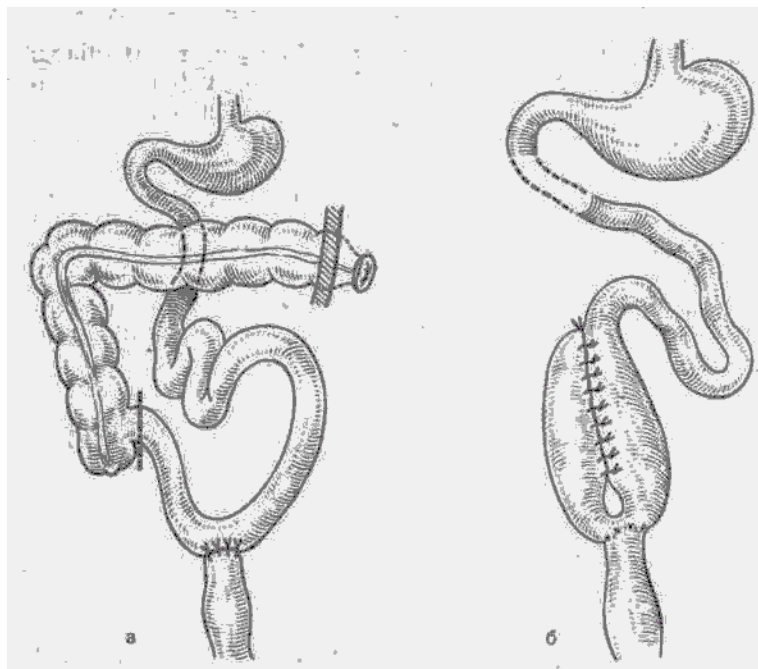


Рис 22. Двухмоментная субтотальная колэктомия (схема).

а — сформирован илеоректальный анастомоз и колостома (первый этап), б — сформирован тонкокишечный резервуар из удвоенной петли подвздошной кишки (второй этап);

А. Н. Рыжих (1968) рекомендовал в первом этапе произвести резекцию сигмовидной кишки с выведением ее проксимального конца в виде одноствольного ануса. Правая половина ободочной кишки и поперечная ободочная отключаются путем пересечения подвздошной кишки вблизи слепой. Дистальную культю подвздошной кишки вблизи баугиниевой заслонки зашивают и погружают в стенку слепой кишки узловыми шелковыми швами. Проксимальный конец подвздошной кишки зашивают наглухо. Удаляют полипы из культи прямой кишки, после чего накладывают илеоректальный анастомоз—конец прямой кишки в бок подвздошной вблизи ее ушитого конца или конец в конец аппаратом КЦ-28.

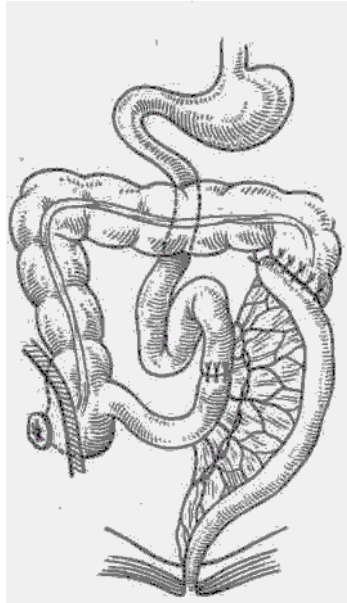
Первый этап операции заканчивают формированием нефункционирующего противоестественного ануса на проксимальный конец сигмовидной кишки. Во втором этапе (через 1,5—3 мес) удаляют оставшуюся отключенную правую половину толстой кишки, поперечную ободочную и нисходящую ободочную кишку с сигмостомой. Нам представляется эта методика менее рациональной, так как после первого этапа остается более 2/3 ободочной кишки (кроме части сигмовидной), а наложение обычного илеоректального анастомоза конец в конец или конец в бок без разгрузки создает неблагоприятные условия для заживления и остается резко нарушенной эвакуаторная функция кишечника, поэтому преимущества формирования

илеоректального анастомоза с тонкокишечным резервуаром по разработанной нами методике несомненны.

Илеоколаректопластика

При обширной резекции левой половины ободочной и прямой кишок с сохранением сфинктера и тем более анального отдела восстановление кишечной трубки возможно с помощью тонкокишечной пластики, которая, как отмечено выше, позволяет избежать наложения постоянного противоестественного ануса. При полипозе прямой кишки и ободочной в большинстве случаев удается сохранить анальный, а иногда и ампулярный отдел прямой кишки предварительной электроэксцизией полипов или демукозацией слизистой оболочки вместе с полипами.

Рис. 23. Одномоментная илеоколаректопластика с разгрузочной цекостомой (схема).



Радикальная операция производится в один или два этапа. Одномоментная илеоколаректопластика с разгрузочной цекостомой (1-й вариант) (рис. 23). Доступ брюшно-анальный. Средняя лапаротомия. Мобилизация левой половины ободочной и прямой кишок с сохранением анального отдела с окружающим сфинктером производится по общепринятой методике. Прямую кишку мобилизуют до анального отдела, пересекают в верхней трети, культю ее ушивают и эвагинируют наружу с помощью корнцанга, введенного через анальное отверстие. Левую половину ободочной кишки пересекают в пределах здоровых участков, чаще в нисходящем отделе или за селезеночным углом. Для замещения удаленных отделов ободочной и прямой кишок выделяют трансплантат из подвздошной кишки соответствующей длины (30—40 см) на брыжеечной ножке, с хорошо пульсирующими сосудами. С этой целью подвздошную кишку пересекают на расстоянии 25—30 см от илеоцекального угла. Концы выделенного илеотрансплантата ушивают. Восстанавливают проходимость тонкой кишки наложением анастомоза конец в конец или бок в бок. Проксимальный конец ободочной кишки

анастомозируют в бок приводящего (верхнего) конца илеотрансплантата. Отводящий (нижний) конец илеотрансплантата отпускают в малый таз до свободного выведения его через анус, затем вокруг него восстанавливают тазовую брюшину с подшиванием краев брыжейки. Через отдельный разрез в правой подвздошной области выводят слепую кишку и накладывают разгрузочную цекостому по типу свища Витцеля с последующим введением в нее широкой резиновой трубки.

Рисунок утерян

Рис. 24. Двухмоментная илеоколаректопластика с разгрузочной колостомой (схемы).

а — удалена левая половина ободочной и прямая кишка, наложена колостомы (первый этап); б — выделен илеотрансплантат и ликвидирована колостомы (второй этап).

В брюшную полость вводят антибиотики и рану зашивают послойно наглухо. Больного переводят в положение для промежностного этапа операции. Эвагинированную (вывернутую) через анус прямую кишку пересекают, отступая на 3—5 см от слизисто-кожной складки, таким образом сохраняется анальный отдел с окружающим сфинктером. После этого дистальный конец илеотрансплантата низводят в анальное отверстие и накладывают прямой илеоанальный анастомоз с анальным отрезком прямой кишки двухрядными узловыми шелковыми швами, после чего анастомозированный участок вправляют за наружный сфинктер. При сомнительном кровоснабжении анального отрезка прямой кишки целесообразно удалить слизистую оболочку на всем ее протяжении с оставлением серозно-мышечного футляра, через который проводят дистальный конец илеотрансплантата и подшивают к кожной складке ануса.

Двухмоментная илеоколаректопластика с разгрузочной колостомой (2-й вариант). Операция выполняется в зависимости от общего состояния больного.

В первом этапе (рис. 24, а) мобилизацию и удаление левой половины ободочной и прямой кишок производят, как при одномоментной операции, но после пересечения ободочной кишки проксимальный конец ее выводят через отдельный разрез на брюшной стенке слева и формируют временную колостому. Далее с целью одномоментного замещения прямой кишки подвздош-

ную кишку пересекают до корня брыжгики, отступя на 25—30 см от илеоцекального угла. Дистальный конец подвздошной кишки анастомозируют в бок проксимального отрезка (или бок в бок) на расстоянии 30—40 см от его свободного конца, который затем низводят через анальное отверстие. Восстанавливают тазовую брюшину. В брюшную полость вводят антибиотики и послойно зашивают брюшную стенку. Промежностный этап выполняют, как при одномоментной илеоколоректопластике. Образованный илеоанальный анастомоз вправляют за наружный сфинктер. Через отдельный разрез между копчиком и анусом к месту анастомоза подводят резиновую трубку для введения антибиотиков. Указанная длина проксимального отрезка подвздошной кишки (до 40 см от места соустья его с дистальным отрезком) необходима для последующего соединения его с ободочной кишкой во втором этапе восстановительной операции при ликвидации колостомы. После первого этапа эвакуация кишечного содержимого происходит преимущественно через вновь образованную прямую кишку и частично через временную колостому.

Второй этап операции производят через 6—8 нед (рис. 24, б). Ликвидируют колостому. Вскрывают брюшную полость, петлю подвздошной кишки, низведенную в анус в первом этапе, пересекают на 3—5 см ниже анастомоза с отводящей петлей. Оба конца пересеченной петли ушивают, после чего конец ободочной кишки (где была колостома) анастомозируют в бок проксимального конца илеотрансплантата, низведенного в анус. Таким образом, после ликвидации колостомы полностью восстанавливается естественный путь для дефекации.

Целесообразность обязательного одномоментного замещения удаленной прямой кишки при сохранении сфинктера после обширной проктоколэктомии, обусловлена тем, что после этой операции в малом тазу образуются плотные спаечные сращения, значительно затрудняющие проведение илеотрансплантата во втором этапе.

Возможность и высокая эффективность илеоколоректопластики подтверждается успешно выполненными нами в клинике операциями у больных по описанной методике.

Для иллюстрации приводим одно из наблюдений.

Больная К., 55 лет, поступила в клинику с жалобами на задержку стула и кровотечения из прямой кишки при дефекации. Больна в течение года. Двадцать лет назад перенесла дизентерию. В анамнезе диабет. За несколько месяцев до госпитализации диагностирован полипоз прямой и сигмовидной кишок. При ирригоскопии и ректороманоскопии в указанных отделах обнаружены полипы различных размеров, в одном из которых, взятом на расстоянии 18 см от ануса, гистологически выявлена картина аденоматозного полипа с переходом в рак. Произведена резекция части прямой и всей сигмовидной кишок с наложением прямого десцендоректального анастомоза. Удалена толстая кишка длиной более 40 см с множеством полипов ярко-красного цвета, диаметром до 2 см на широком основании. Послеоперационный период протекал гладко. Через месяц после операции больная выписана домой. Через 10 мес после операции снова появилась примесь крови при дефекации, в связи с чем больная была повторно госпитализирована для обследования и лечения.

При ректоскопии в культе прямой кишки, на расстоянии 10—12 см от ануса, ниже десцендоректального анастомоза выявлено полиповидное образование 3 см в диаметре, с кровоточащей поверхностью. Гистологическое исследование показало наличие аденокарциномы. При ирригоскопии других изменений не выявлено. После соответствующей подготовки произведена повторная операция. В среднеампулярной части прямой кишки, на 2 см ниже анастомоза с нисходящей ободочной кишкой, имеется опухоль 3х4 см, кишка с опухолью подвижна, регионарные лимфатические узлы не увеличены. Мобилизация низведенных при первой операции отделов ободочной кишки затруднена из-за плотных сращений ее с париетальной брюшиной латерального канала. Прямая кишка свободно выделена до анального отдела. Учитывая отсутствие метастазов и сравнительно высокое расположение опухоли от ануса, оказалось возможным сохранить часть анального отрезка прямой кишки с окружающим сфинктером. Однако низведение в анус оставшихся отделов правой половины ободочной кишки не представляется возможным из-за короткой брыжейки и рубцовых изменений. Поэтому решено произвести одномоментную илеоколоректопластику. Из подвздошной кишки на расстоянии 25—30 см от илеоцекального угла выделен трансплантат длиной около 40 см на брыжеечно-сосудистой ножке. Пройдемость тонкой кишки восстановлена анастомозом конец в конец двухрядными узловыми шелковыми швами. Ободочная кишка после мобилизации пересечена на расстоянии 15 см выше старого анастомоза с прямой кишкой и на 17 см выше опухоли, дистальный конец ее ушит, а проксимальный — анастомозирован в бок верхнего конца илеогрансплантата. Дистальная часть ободочной кишки вместе с прямой кишкой эвагинированы с помощью корнцанга, введенного через анус. Около половины дистальной части илеотрансплантата опущена в малый таз и вокруг него ушита тазовая брюшина. Сшиты края брыжейки. Через отдельный разрез в правой подвздошной области наложена подвздошная цекостома. В брюшную полость введены антибиотики и рана

защита послойно наглухо. Больная переведена в положение для промежностного этапа операции. После обработки операционного поля вывернутая прямая кишка с опухолью отсечена на расстоянии около 4 см от слизисто-кожной складки. Через анус выведен дистальный конец илеотрансплантата и наложен илеоанальный анастомоз конец в конец двухрядными узловыми шелковыми швами, который затем вправлен за сфинктер прямой кишки. Через разрез между копчиком и анусом в ишиоректальное пространство введен дренаж, а через анальное отверстие введена газоотводная трубка за линию илеоректального анастомоза для предупреждения образования стриктуры и для разгрузки анастомоза. В послеоперационном периоде проводили коррекцию водно-электролитного обмена, переливания крови, кровезаменителей, вводили антибиотики и др. Течение без осложнений. Цекостома закрылась самостоятельно через 5 мес. Через 10 лет рецидива опухоли нет. Стул 2 раза в день, большей частью оформленный. Функция сфинктера прямой кишки хорошая.

Данное наблюдение представляет интерес не только в связи с благоприятным результатом одномоментной илеоколоректопластики, позволившей избавить больную от постоянного противоестественного ануса, но с точки зрения двойной локализации аденокарциномы, развившейся из полипов вначале в дистальной части сигмовидной кишки и затем через 10 мес в ампулярном отделе прямой кишки.

Тотальная проктоколэктомия

Тотальную проктоколэктомию с формированием илеоанального анастомоза и тонкокишечного резервуара из удвоенной петли подвздошной кишки выполняют в один или два этапа в зависимости от общего состояния больного по двум вариантам.

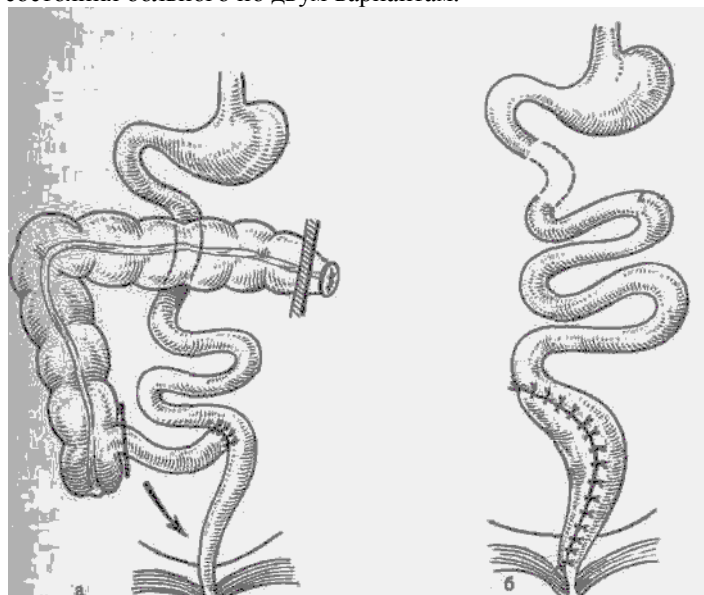


Рис. 25. Двухмоментная проктоколэктомия. Первый вариант (схема). а — удалена левая половина ободочной кишки и прямая кишка. Подвздошная кишка низведена в анус и наложен тонко-тонкокишечный анастомоз. Сформирована колостома (первый вариант); б — удалена правая половина ободочной кишки. Сформирован тонкокишечный резервуар (второй этап).

Двухмоментная проктоколэктомия (первый вариант).

Первый этап операции производят, как при двухмоментной илеоколоректопластике с разгрузочной колостомой (рис. 25, а). Доступ брюшно-анальный. Срединная лапаротомия. Мобилизуют левую половину ободочной кишки и прямую кишку до анального отдела. Прямую кишку пересекают в верхней трети, культю ее ушивают и извлекают наружу с помощью корнцанга, введенного через анальное отверстие. Левую половину ободочной кишки пересекают за селезеночным углом и удаляют. Поперечную ободочную кишку выводят через отдельный разрез слева от средней линии и формируют колостому (формирование колостомы можно оставить на конец операции). С целью замещения прямой кишки и последующего формирования тонкокишечного резервуара в виде искусственной ампулы прямой кишки подвздошную кишку пересекают до корня брыжейки, отступя на 30—40 см от илеоцекального угла и оба конца зашивают. Проксимальный (приводящий) конец подвздошной кишки опускают в малый таз до свободного выведения его через анус, затем вокруг него восстанавливают тазовую брюшину с подшиванием краев брыжейки. Дистальный (отводящий) конец подвздошной кишки анастомозируют бок в

бок с проксимальным отрезком (низведенным в малый таз) на расстоянии до 30 см от его низведенного конца. Ширина анастомоза 4—5 см. В брюшную полость вводят антибиотики и рану зашивают послойно наглухо. Промежностный этап операции выполняется, как и при первом варианте одномоментной илеоколоректопластики. После первого этапа эвакуация кишечного содержимого происходит как через временную колостому, так и через вновь образованную прямую кишку, что препятствует образованию стриктур области ануса и илеоректального анастомоза.

Второй этап операции производят в зависимости от общего состояния больного через 6—8 нед. Срединная лапаротомия. Ликвидируют колостому и удаляют оставшиеся отделы правой половины ободочной кишки, терминальную петлю подвздошной кишки при этом пересекают вблизи слепой кишки.

Рассекают тазовую брюшину вокруг илеотрансплантата, низведенного в анус при первом этапе операции. Тазовую часть илеотрансплантата выделяют на протяжении 15—20 см от верхнего тонкокишечного анастомоза, после чего терминальный отрезок подвздошной кишки, отсеченный от слепой кишки, размещают вдоль илеотрансплантата и между ними накладывают боковое соустье по всей длине терминального отрезка.

Швы начинают накладывать от верхнего тонкокишечного анастомоза, таким образом формируется тонкокишечный резервуар длиной 15—17 см из удвоенной петли тонкой кишки в виде искусственной ампулы прямой кишки (рис. 25,6), что способствует более нормальному ритму дефекации. Тазовую брюшину сшивают вокруг тонкокишечного резервуара. Брюшную полость зашивают послойно.

Двухмоментная проктоколэктомия (второй вариант) отличается от первого тем, что в первом этапе операции одновременно удаляют всю ободочную кишку и прямую до анального отдела, чтобы сохранить сфинктер прямой кишки. Прямую кишку, пересеченную в верхней трети с предварительно ушитой культей, эвагинируют наружу с помощью корнцанга, введенного через анальное отверстие (как при первом варианте).

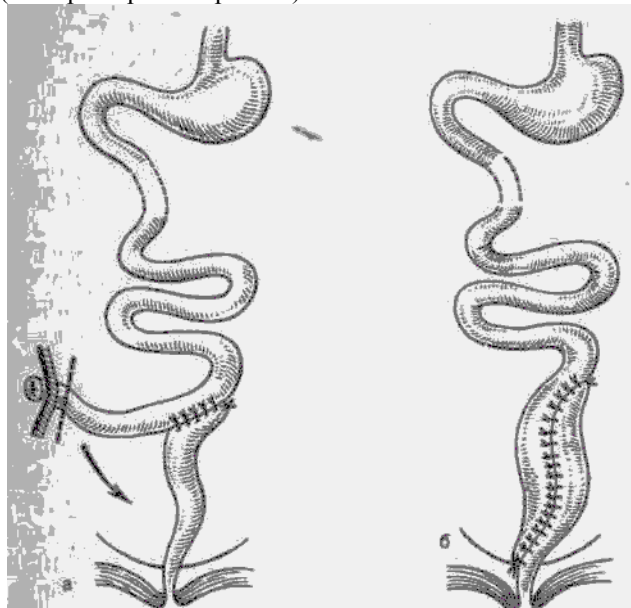


Рис. 26. Двухмоментная проктоколэктомия. Второй вариант (схема).

а — одномоментное удаление всей ободочной и прямой кишок до анального отдела. Из подвздошной кишки выкраивают илеотрансплантат. Наложены анастомоз приводящей петли подвздошной кишки с илеотрансплантатом, низведенным в анус. Сформирована временная илеостома (первый этап);

б — ликвидирована илеостома, сформирован тонкокишечный резервуар (второй этап).

Из терминальной петли подвздошной кишки выкраивают илеотрансплантат на брыжеечной ножке, с этой целью петлю кишки пересекают до корня брыжейки, отступая на 30—40 см от ее конца. Концы выделенного трансплантата зашивают. Дистальную половину трансплантата опускают в малый таз до свободного выведения его через анус и вокруг него восстанавливают тазовую брюшину. Приводящую петлю подвздошной кишки анастомозируют с верхним концом илеотрансплантата бок в бок (ширина анастомоза 4—5 см) на расстоянии 20--25 см от ее конца, который затем выводят через отдельный разрез в правой подвздошной области и из него формируют временную илеостому (рис. 26, а). В брюшную полость вводят антибиотики и рану за-

шивают послойно наглухо. Промежностный этап операции выполняется как и при первом варианте одномоментной илеоколоректопластики. После первого этапа эвакуация кишечного содержимого происходит как через илгостому, так и через вновь образованную прямую кишку. Вторым этапом операции может быть выполнен через 2—3 мес и позже, в зависимости от состояния больного. Во втором этапе операции производят срединную лапаротомию. Ликвидируют илеостому. Рассекают тазовую брюшину вокруг илеотрансплантата, низведенного в анус при первом этапе операции. Тазовую часть илготрансплантата выделяют на протяжении 15—20 см от верхнего тонкокишечного анастомоза, после чего терминальный отрезок подвздошной кишки (на котором была илеостома) укладывают вдоль илеотрансплантата и между ними накладывают боковое соустье по всей длине терминального отрезка, таким образом формируется тонкокишечный резервуар длиной 15—17 см из удвоенной петли тонкой кишки (рис. 26, б), как при двухмоментной проктоколэктомии во втором этапе.

Тазовую брюшинушивают вокруг тонкокишечного резервуара. В брюшную полость вводят антибиотики и рану зашивают послойно наглухо.

Оба варианта тотальной проктоколэктомии с формированием тонкокишечного резервуара из удвоенной петли подвздошной кишки были нами разработаны в эксперименте, а в дальнейшем применены в клинике с благоприятными результатами, прослеженными до 3 лет, что и позволяет рекомендовать их при соответствующих показаниях для клинической практики. Приводим следующее наблюдение.

Больная К., 16 лет, поступила в клинику по поводу диффузного полипоза желудочно-кишечного тракта и кишечных кровотечений. Жалобы на общую слабость, похудание, отсутствие аппетита. Масса тела 32 кг. Инфантильна. Отсутствуют вторичные половые признаки. Молочные железы неразвиты. В 10-летнем возрасте перенесла дизентерию, 2 года назад диагностирован полипоз желудка и прямой кишки, по поводу чего производилась эксцизия полипов и лечение чистотелом, но без стойкого эффекта. Наследственность не отягощена. В связи с желудочно-кишечными кровотечениями и подозрением на малигни-эацию полипов желудка произведена резекция 2/3 желудка по Бильрот-1. В удаленной части желудка было 98 полипов диаметром от 1,5 до 3 см на широком основании, местами с изъязвлением. Гистологическое исследование: железисто-кистозные полипы с отеком стромы и воспалительной инфильтрацией. Послеоперационный период протекал гладко. Выписана с рекомендацией явиться для обследования через 5—6 мес. В течение 6 мес после резекции желудка самочувствие было вполне удовлетворительным. Затем появились кровотечения из прямой кишки при дефекации. При повторном поступлении общее состояние удовлетворительное. При ректороманоскопии и ирригоскопии на всем протяжении прямой кишки, сигмовидной и в нисходящей ободочной кишках выявлены множественные полипы с изъязвлением и кровотечением. Гистологическое заключение: железистые полипы с кистозно-расширенными просветами и воспалительной инфильтрацией. В связи с продолжающимися кишечными кровотечениями на почве диффузного полипоза прямой и левой половины ободочной кишок с возможной малигнизацией полипов и безуспешностью длительной консервативной терапии была произведена обширная резекция левой половины ободочной кишки, включая селезеночную кривизну и прямую кишку с одновременным замещением прямой кишки тонко-кишечным трансплантатом по второму варианту двухмоментной илеоколоректопластики. Операция выполнена брюшно-анальным доступом.

Макропрепарат ободочной и прямой кишок: общая длина 57 см, в том числе толстая кишка 42 см, прямая — 15 см. На слизистой оболочке около 300 полипов (более 200 — в толстой и около 100 полипов в прямой кишке) диаметром от 0,5 до 3 см, темно-красного цвета с изъязвлением и отеком слизистой оболочки. Гистологическое исследование: аденоматозные полипы с кистозно-расширенными просветами желез и выраженной воспалительной инфильтрацией. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Второй этап илеоколоректопластики произведен через 11 мес. Осмотрена через 6 мес. Самочувствие хорошее. Стул 2—3 раза в день, кашицеобразный. Поправилась на 3 кг.

Повторно обследована через 3 года. Самочувствие хорошее. Стул оформленный 1—2 раза в день. Диету не соблюдает. Работает уборщицей.

В заключение хотелось бы еще раз подчеркнуть, что все виды пластических операций, которые производят с целью замещения обширных дефектов после удаления дистальных отделов толстой кишки (включая прямую кишку), показаны только в тех случаях, когда невозможно восстановление кишечного тракта путем низведения оставшейся проксимальной части правой половины ободочной кишки. В этих случаях тонкокишечная пластика с созданием резервуара из удвоенной петли подвздошной кишки в виде искусственной сигмы при наложении илеоректального анастомоза или в виде ампулы прямой кишки, по разработанной нами методике,

позволяет не только избавить многих больных от постоянного противоестественного ануса (колостомы или илеостомы), но и в значительной степени компенсировать функцию удаленных дистальных отделов или всей толстой кишки.

Отдаленные результаты хирургического лечения полипов ободочной кишки

Основными методами хирургического лечения полипов являются: иссечение полипов, электрокоагуляция, резекция пораженных отделов кишки или всей толстой кишки.

Как уже отмечено выше, наибольшей склонностью к малигнизации обладают ворсинчато-железистые полипы, аденоматозные полипы и ворсинчатые опухоли, которые чаще дают рецидивы. Так, по данным Wolff, Shinya (1975), проанализировавших 892 колоноскопические полипэктомии при указанных формах полипов толстой кишки, выявлен поверхностный рак в 6,6% случаев в сроки от 6 мес до 4 лет после операции. Henry с соавт. (1975) обследовали 154 больных в сроки до 20 лет после полипэктомии по поводу доброкачественных полипов толстой кишки. У 30% больных выявлен рецидив заболевания, при этом наибольшее число рецидивов отмечено в первый год после операции и значительно меньше через 4 года. Рецидивы отмечены чаще у больных, имевших 3 и более полипа или ворсинчатую аденому. Из 52 больных с рецидивами полипов у 15 (29%) выявлен второй рецидив.

Takolander (1975) изучал отдаленные результаты лечения 213 больных с ворсинчатыми папилломами толстой кишки, из них через 5 лет после операции 48 больных (23%) умерли в связи с раковым перерождением первоначальных опухолей и метастазами рака. Из 162 оперированных больных у 63 произведена полипэктомия, у большинства остальных больных—резекция кишки с применением различных модификаций. Наиболее благоприятные результаты с 5-летним сроком выздоровления автором отмечены у больных после прокто- или колотомии в сочетании с полипэктомией.

При переходе ворсинчатой папилломы в карциному выздоровление на протяжении 4 лет после операции отмечено только в 16% случаев.

В. Д. Федоров с соавт. (1977) изучили отдаленный результаты у 989 больных, оперированных по поводу доброкачественных новообразований толстой кишки. Различные виды резекций ободочной и прямой кишок выполнены у 33 больных (3,3%), у остальных произведена электрокоагуляция через ректоскоп или трансанальное иссечение полипов. Обнаружены рецидивы полипов или их новая локализация у 29,1% больных, а у 1,4% на месте ранее удаленной доброкачественной опухоли обнаружен рак. Отмечено также, что частота рецидивов и развитие рака значительно увеличиваются у больных с множественными полипами. Так, например, при одиночных железистых полипах рецидив полипа возник у 8,2% больных, а при большом числе полипов—у 16,5%; рак соответственно—у 1,1 и 4,3% больных.

При железисто-ворсинчатых полипах указанные показатели рецидивов и рака увеличиваются в 1,5—2 раза. Большинство полипов и ворсинчатых опухолей рецидивируют в первые 2 года после операции и почти в 20% случаев обнаруживаются через 5 лет после удаления.

При сопоставлении отдаленных результатов электрокоагуляции и иссечения железистых полипов преимуществ иссечения не отмечено, рецидивы обнаружены соответственно у 9,8 и 11,4% больных, а рак—у 1,7 и 2,9%.

Г. А. Покровский с соавт. (1976) отмечали, что полипэктомия через колоноскоп является сложным, но эффективным вмешательством, позволяющим удалять полипы из любого отдела толстой кишки.

По данным А. В. Григоряна с соавт. (1976), у 7,9% наблюдаемых ими больных (15 человек) с одиночными и множественными полипами толстой кишки были произведены сложные операции с чревосечением, включая резекцию кишки с полипами, при этих операциях каких-либо осложнений и летальных исходов не наблюдалось.

Предметом постоянных дискуссий в хирургии толстой кишки является вопрос об одномоментных и многоэтапных операциях. Л. Н. Космынина (1976) на основании собственных наблюдений считала, что одномоментные операции при полипозе толстой кишки дают лучшие результаты, чем многоэтапные. Из 39 больных, которым выполнены одномоментные радикальные вмешательства (субтотальная резекция толстой кишки с асцендоректальным анастомозом, низведением слепой и восходящей кишок, колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки и колонпроктоэктомия), умерли 3 (7,69%) в сроки более 4 лет после операции. В то же время из 78 больных, которым произведены многоэтапные операции, в сроки до 4 лет умерли 15 больных (19,23%), т.е. почти в 2½ раза больше, чем при одномоментных резекциях.

А. М. Дыхно (1956), Н. Г. Карташевский (1958), Pottie-Spergy (1962) и др. при диффузном полипозе с наличием малигнизации получили благоприятные результаты после одномоментного

удаления всей толстой кишки, включая и прямую с подшиванием подвздошной кишки к коже в анальном канале. В. Г. Сорока и А. К. Паламарчук (1966) аналогичные результаты получили после одномоментной тотальной колэктомии с наложением илеоректального анастомоза конец подвздошной кишки в бок надампулярной части прямой кишки по поводу диффузного полипоза. О благоприятных результатах после двухэтапной колэктомии при диффузном полипозе ободочной и прямой кишок сообщили О. П. Амелина и М. Ф. Одереева (1966). При этом в первом этапе была произведена левосторонняя гемиколэктомия с оставлением прямой кишки и наложением трансверзостомы, а во втором этапе (через 3 мес) — правосторонняя гемиколэктомия с ликвидацией трансверзостомы и наложением илеоректального анастомоза конец в бок. Электрокоагуляция полипов культи прямой кишки проводилась после первого этапа операции. Е. В. Литвинова (1957) на основании изучения материалов Онкологического научного центра АМН СССР за период с 1926 по 1954 г. считала, что при выявлении у больных крупных ворсинчатых полипов показана тотальная или субтотальная колэктомия. Г. С. Михайлянц и Д. К. Камаева (1976) при наблюдении за больными в отдаленные сроки до 10 лет после субтотальной колэктомии выявили, что у 14 больных (19,4%) из 72 развились раковые опухоли в оставленной прямой кишке, несмотря на систематическую санацию прямой кишки через ректоскоп каждые 6—7 мес. При этом у 3 больных рак в прямой кишке возник через 1 год после наложения илеоректального анастомоза, а у 1 больной — через 10 лет после операции. Следовательно, оставление всей прямой кишки, пораженной полипами при диффузном полипозе, в большом проценте дает неблагоприятные результаты. В то же время имеются сообщения о хороших отдаленных результатах после обширных резекций дистальных отделов толстой кишки и прямой, по поводу первично-множественных опухолей или диффузного полипоза с илеоколо- и ректопластикой, выполненных при соответствующих показаниях (Н. Г. Карташевский, 1958; В. М. Величенко, 1963; В. И. Юхтин, 1968; Maatz, 1954, и др.). В заключение следует отметить, что, по данным большинства авторов, на основании изучения отдаленных результатов, при одиночных или небольшом числе неосложненных доброкачественных полипов ободочной кишки, наиболее обоснованным и перспективным методом лечения является электрохирургическое удаление полипов через фиброколоноскоп. При множественных полипах с малигнизацией или диффузном (семейном) полипозе показана радикальная операция — резекция пораженных отделов или всей толстой кишки в зависимости от распространенности полипов. Что касается вопроса выбора одномоментных или многоэтапных методов радикальной операции, то, отдавая предпочтение одномоментным способам при плановых операциях, этот вопрос должен решаться строго индивидуально, с учетом общего состояния больного, показателей гомеостаза и, разумеется, возможностей хирурга.

3. ПОЛИПЫ ПРЯМОЙ КИШКИ

Прямая кишка является местом наиболее частой локализации полипов желудочно-кишечного тракта, в ней встречается от 70 до 90% всех полипов толстой кишки. Это имеет большое практическое значение, так как раку прямой кишки в 75—80% случаев предшествуют различные патологические процессы и особенно полипы (И. Я. Дей-нека, 1961; И. Т. Шевченко, 1965, и др.).

Общие вопросы. Этиология, патогенез, патологическая анатомия

При ректороманоскопии и на секционном материале частота полипов в прямой кишке выявляется в 1—13% случаев, о чем свидетельствуют данные различных авторов (табл. 6). Наиболее часто полипы прямой кишки встречаются в возрасте 40—60 лет. В отношении пола в литературе имеются разноречивые данные. По наблюдениям одних авторов, полипы бывают одинаково часто у мужчин и у женщин (Ю. М. Славин, 1963; Д. П. Чухриенко и др., 1976, и др.), по данным других, полипы у мужчин наблюдаются в 2 раза чаще, чем у женщин (Ю. А. Ратнер, В. Ю. Таланова, 1962; Freeman, 1960). Небольшое преобладание мужчин отмечено в наблюдениях Т. Н. Мищенко (1974) — 51,01%. Большинство авторов отмечают преобладание больных с одиночными полипами прямой кишки. С. И. Удлер (1974) наблюдал одиночные полипы у 77,4%, а групповые — у 22,5% больных. По данным И. Х. Хидиятова (1976), за 5 лет в диспансере находилось на лечении 162 больных, из них у 27 были одиночные полипы, у 12 — диффузный полипоз, у 103 — множественные полипы, у 11 — ворсинчатые опухоли, у 9 — полипы с малигнизацией.

По данным Т. Н. Мищенко, больные с одиночными полипами составили 76,99%, с множественным локализованным полипозом (от 2 до 8 полипов), расположенным на ограниченном отрезке кишки, — 20,28% и с множественным распространенным полипозом кишечника (диффузный полипоз) — 2,73%. Д. П. Чухриенко с соавт. (1976) отмечали семейный характер заболевания у 15—80% больных, страдающих полипозом прямой и ободочной кишок.

Теории этиологии и патогенеза полипов ободочной и прямой кишок подразделяют на 5 основных групп: воспалительная, эмбриональная, нервно-рефлекторная (теория раздражения), вирус-

ная и теория дисрегенераторной гиперплазии слизистой оболочки кишки (теория эмбриональной дисплазии). Ни одна теория не раскрывает до конца причин возникновения и развития полипов, о чем подробнее изложено в разделе «Полипы ободочной кишки».

В оценке макроскопического строения полипа имеют значение не только внешний вид и величина полипа, но и особенно его локализация и ширина основания. Полипы на широком основании обладают стелющимся типом роста с вращением железистых элементов в слизистый и подслизистый слои стенки кишки.

Консистенция полипов различна в зависимости от их гистологического строения: аденоматозные полипы имеют эластическую или плотноэластическую консистенцию, ворсинчатые—мягкую консистенцию, бархатистую, фиброзные полипы — плотные.

Фиброзные полипы у взрослых и полипы на ножке у детей располагаются преимущественно на расстоянии 3 см от ануса.

Длина ножки полипа чаще бывает от 0,3 до 1 см, но может достигать длины 3—5 см и более. Длинную ножку чаще имеют крупные аденоматозные полипы, располагающиеся в верхнем отделе прямой и дистальном отделе сигмовидной кишки. Причиной образования длинной ножки полипа, расположенного в ректосигмоидальном отделе является более ускоренная перистальтика в этих отделах толстой кишки по сравнению с другими отделами прямой кишки.

Более подробное описание морфологии полипов толстой кишки приведено в разделе «Полипы ободочной кишки».

Частота малигнизации полипов прямой кишки

Полипы прямой кишки часто перерождаются в рак и это подтверждается следующими положениями:

1. Аденоматозные полипы и рак прямой кишки поражают больных сходного возраста и пола.
2. Чаще всего полипы и рак обнаруживаются в прямой кишке и сигмовидной.
3. В 1/3 случаев при операции по поводу рака прямой кишки около опухоли находят полипы. Сочетания рака и полипов встречаются в 20—50% всех случаев рака прямой кишки.
4. При гистологическом исследовании обнаруживается инвазивный очаг в клинически доброкачественной аденоме.

Spratt, Ackermann (1960) считали, что рак прямой кишки нередко возникает без предшествующего полипа. а Smith (1968) писал: «Утверждать, что рак растет на неизменной слизистой оболочке невозможно, так же как и утверждать, что рак обязательно проходит стадию аденоматозного полипа».

При наблюдении за больными удается проследить переходы от доброкачественной аденомы к инвазивному росту. Малигнизация полипов прямой кишки происходит, по данным разных авторов, от 5 до 70% (С. А. Холдин, 1955; Б. Л. Бронштейн, 1956; Ф. И. Лещенко, 1963; В. Д. Федоров и др., 1976; Burns, 1966, и др.). Большинство зарубежных авторов также считают, что аденоматозные полипы являются предраковым заболеванием и лишь некоторые из них не отмечают роли полипов в возникновении рака (Spratt et al., 1960; Morson, 1962), но их данные не являются убедительными, так как касаются редких форм полипозной болезни: ювенильного полипоза или полипов, основой которых являются фибромы, миомы и другие неэпителиальные доброкачественные опухоли, которые не относятся к предраковым.

Самым существенным доказательством предраковой природы полипов является обнаружение при гистологическом исследовании очагов малигнизации в аденоматозных полипах. Остатки аденоматозного полипа в карциноме Enterline с соавт. (1962) обнаружили в 2,5% случаев. Мы также наблюдали 2 больных, у одного был железистый полип прямой кишки с переходом в рак, у второго—рак сигмовидной кишки на почве полипа, подтвержденные гистологическими исследованиями.

По-видимому, действительная частота перерождения полипов в рак значительно больше, так как при гистологическом исследовании раковой опухоли трудно выявить остатки первоначальной структуры аденоматозного полипа. Наблюдение за нелечеными больными в сроки до 10 лет, у которых в дальнейшем произошла малигнизация полипов, служит убедительным доказательством генетической связи аденоматозных полипов и рака (Ф. И. Лещенко, 1963; В. И. Ривкин и др., 1969; Mayo, Jackman, 1951).

А. И. Кожевников с соавт. (1970) при одиночных аденоматозных полипах отметили 2,8% малигнизации, а Л. Н. Иншаков (1970)—16,5%. Некоторые авторы устанавливают зависимость между числом полипов и малигнизацией. Так, Duhamel (1968) утверждал, что при наличии одного полипа в прямой кишке малигнизация наступает у 4,5% больных, при 2— у 13,2%, при 3— у 50%, а при числе полипов больше 5 озлокачествление происходит в 100% случаев. У больных с множественными полипами рак возникает чаще, чем у больных с одиночными полипами. По данным Т. Н. Мищенко (1974), частота малигнизации у больных с одиночными полипами составляет 1,2%, а при множественных полипах—6,7%. Эти данные указывают на необходимость диф-

ференцированного подхода при выборе метода лечения больных с одиночными и множественными полипами прямой кишки.

Л. Н. Иншаков (1970) отметил зависимость частоты малигнизации полипов от их размеров. По его данным, вероятность малигнизации возрастает с увеличением размеров полипа. При полипах до 1 см в диаметре малигнизация наблюдалась в 2,3% случаев, а свыше 4 см — в 75%.

Следует отметить трудности определения характера полипа по его внешнему виду и размеру — доброкачественный он или злокачественный. Клинические критерии часто оказываются относительными. Косвенные признаки озлокачествления полипов общие: слабость, недомогание, потеря аппетита, и местные: увеличение размеров, ярко-или темно-красный цвет, уплотнение отдельных участков или уплотнение основания полипа, изъязвление, легкая ранимость, кровоточивость, усиление болей в животе, изменение в характере выделений. Однако указанные признаки во многих случаях оказываются неубедительными.

Характерным симптомом малигнизации ворсинчатого полипа считается уменьшение продукции слизи, которая обычно обильно выделяется при доброкачественных формах. При ворсинчатых полипах А. И. Кожевников с соавт. (1970) отметили малигнизацию у 26 из 40 больных (индекс 2:3).

Нередко процесс малигнизации гладких и дольчатых полипов начинается на периферии «головки» полипа, затем постепенно распространяется на ножку полипа и стенку кишки.

По данным разных авторов (табл. 7), малигнизация полипов наблюдается от 6—8% (С. И. Удлер, 1974; Ferguson, 1955, и др.) до 38—56% (Ю. М. Славин, И. М. Иноятов, 1964; Моган, 1961, и др.). Особенно большой процент малигнизации полипов отмечается при диффузном полипозе и ворсинчатых полипах — 34 и 65 соответственно (А. И. Кожевников и др., 1970) и 72—75 (Е. С. Смирнова, 1963; Fischer, Kastro, 1953). При диффузном полипозе, по данным В. Д. Федорова с соавт. (1976, 1977), частота малигнизации полипов в прямой кишке составляет 44—50%, что необходимо учитывать при выборе метода лечения. Малигнизация ворсинчатых полипов чаще возникает в основании и значительно реже в кончиках ворсинок. При малигнизированных полипах на широком основании метастазы в регионарные лимфатические узлы выявляются в 2 раза чаще, чем при малигнизированных полипах на ножке (Grinnel, Lane, 1958, и др.).

Классификация полипов прямой кишки

Большинство классификаций полипов прямой кишки основано на морфологическом строении или внешнем виде полипов, наличии или отсутствии ножки, одиночности или множественности их. Еще К. А. Виноградов (1900) отметил, что полиповидные образования слизистой оболочки кишки имеют различную гистологическую структуру, поэтому он различал:

аденомы слизистой оболочки и прямой кишки, опухоли, имеющие соединительнотканное строение — фибромы, липомы. Turell с соавт. (1955) различали: одиночные или множественные полипы (на ножке или на широком основании); гладкие или villous (ворсинчатые) полипы; доброкачественные или злокачественные полипы (инвазивные или неинвазивные).

Е. В. Литвинова (1956) предложила морфологическую классификацию полипов прямой кишки:

1. Доброкачественные аденоматозные полипы, микроскопически состоящие из большого количества железистых трубок различной формы, расположенных среди соединительной ткани грануляционного характера, пронизанной эозинофильным инфильтратом.

2. Проллиферирующие аденоматозные полипы, которые состоят из ветвящихся ворсин, покрытых высоким призматическим эпителием. В основании полипа лежат железы, выстланные 2—3 рядами клеток, иногда с митозами, вокруг — воспалительная реакция в виде лейкоцитарной инфильтрации и отека стромы.

3. «Озлокачественные» полипы характеризуют выраженным полиморфизмом клеточных элементов, склонных к потере дифференцировки, многочисленными патологическими митозами и проникновением в стенку кишки железистых структур, вплоть до мышечного слоя.

По гистологическому строению классифицирует полипы прямой и сигмовидной кишок И. М. Иноятов (1966):

первая группа — железистые, железисто-ворсинчатые, ювенильные и воспалительные, фиброзные полипы анального канала; вторая группа — ворсинчатые опухоли: одиночные, множественные; третья группа — редко встречающиеся опухоли (карциноид, невус, липома, фиброма, лимфома, ангиома и др.).

По количеству полипов различают: одиночные, множественные полипы и диффузный полипоз прямой кишки.

Л. Н. Иншаков (1970) классифицировал полипы по внешнему виду: 1) гладкие плоские выросты слизистой оболочки, 2) гладкие полипы, 3) дольчатые полипы и 4) ворсинчатые полипы. Все они могут быть: на ножке или на широком основании.

Наиболее полной является классификация полипов прямой кишки, предложенная С. А. Холдиным (см. с. 67). Следует отметить, что единой общепринятой классификации полипов прямой кишки до настоящего времени нет, поэтому обычно пользуются общими классификациями по-

липов и полипоза ободочной и прямой кишок (И. М. Иноятова, 1966; В. Л. Ривкина и др., 1969; Ducet, 1958) (см. раздел «Классификация полипов толстой кишки»).

Клиника и диагностика полипов прямой кишки

Клиническая картина полипов прямой кишки зависит от локализации, количества полипов и их гистологического строения.

Исходя из этих особенностей, выделены 4 группы клинических симптомов:

1. Боли и неприятные ощущения (анальный зуд, тяжесть, жжение в области заднего прохода и прямой кишки и боли в различных отделах живота).
2. Патологические выделения из прямой кишки (слизистые, кровянистые, смешанные).
3. Нарушение функции кишечника (запоры, поносы, смена запоров и поносов, учащенные позывы на низ и затруднения дефекации):
4. Наличие опухолевидного образования в области заднего прохода.

Чаще всего больные обращаются к врачу через 1,5—3 года с момента появления первых симптомов заболевания. Это объясняется тем, что незначительный дискомфорт мало беспокоит больных и симптомы начальной стадии заболевания принимают за другие заболевания (геморрой, хронический колит и др.). Большинство симптомов обусловлено сопутствующими заболеваниями. Симптомы свойственных только полипам не выявлено.

Степень выраженности симптомов при полипах зависит от длительности заболевания, локализации полипов, их числа, размеров макро- и микроскопического строения и сопутствующих заболеваний. Существенной разницы в клиническом течении одиночных полипов и множественного локализованного полипоза не отмечается, но в отличие от одиночных полипов при множественном полипозе симптомы имеют более выраженный характер. Следует заметить, что у большинства больных имеется не один, а несколько симптомов болезни. Сначала они имеют периодический характер, а в дальнейшем становятся почти постоянными, вызывают изменения общего состояния больного, что выражается в развитии разной степени анемии и похудании. Кровянистые выделения из прямой кишки — наиболее частый симптом при полипах.

Частота этого симптома, по данным разных авторов, различная—от 12,8 до 67,7% (Ф. И. Лещенко, 1960; Л. Н. Иншаков, 1970, и др.), что зависит от морфологического строения полипов. По данным Л. Н. Иншакова, частота кровянистых выделений более выражена при малигнизированных полипах (у 80,8% больных), а при доброкачественных аденоматозных полипах она отмечена у 55,5% больных.

По данным Т. Н. Мищенко (1974), частота кровянистых выделений из прямой кишки у больных с доброкачественными полипами наблюдалась в 66,8% случаев, а у больных с малигнизированными полипами—в 95,24%. Малигнизированные полипы бывают более крупными и чаще изъязвляются, поэтому они чаще и обильнее кровоточат. И. М. Иноятов (1966) наблюдал кровотечение из прямой кишки у 52% больных при расположении полипов в ампуле прямой кишки и у 28% при расположении в ректосигмоидальном углу или сигмовидной кишке. По С. И. Удлеру (1974), скудные кровянистые выделения одинаково часто встречаются при высокой и низкой локализации полипов, а обильные выделения—чаще при низкой локализации их. Однако характер кровянистых выделений при полипах прямой кишки имеет некоторые отличительные черты: небольшое количество крови в виде слгдов в испражнениях; кровь, перемешанная с калом; кровь выделяется в конце акта дефекации или только свежая кровь.

Выделение крови при полипах прямой кишки следует дифференцировать с геморроем и трещинами заднего прохода. При геморрое—кровотечение струёй, обильное, кровь с испражнениями не перемешана, располагается в виде лужицы или разбрызгана во все стороны вокруг каловых масс, сочетается с болями в заднем проходе и увеличением наружных или внутренних геморроидальных узлов.

При анальной трещине кровотечение сопровождается сильными болями в заднем проходе, чего при полипах не бывает. Боли сохраняются долгое время после акта дефекации.

Боли в животе — второй по частоте из симптомов у больных с полипами прямой кишки, они бывают связаны с изменениями в кишечной стенке, пораженной полипом или полипами, сопутствующими заболеваниями (геморрой, трещина), выпадением и ущемлением полипа в заднем проходе. Чаще это постоянные, неинтенсивные ноющие боли в левой подвздошной области, реже внизу живота. Иногда боли носят приступообразный характер.

Частота симптома «боли в животе» зависит от локализации полипа, т. е. расстояния от аноректальной линии, и бывает тем чаще и сильнее, чем выше от ануса находится полип. Так, Т. Н. Мищенко (1974) приводит данные зависимости проявления болей в животе и в области ануса от места локализации полипа.

При расположении полипов на расстоянии 1—2 см от ануса из 113 больных боли в животе и в области ануса были отмечены у 74 (65,49%); 2—5 см—из 249 у 103 (41,36%); 6—10 см—из 288 у 110 (38,18%); 11—18 см—из 160 у 99 (61,88%); при локализации полипов в ректосигмоидальном отделе—из 33 у 13 (39,38%). Таким образом, при локализации полипа выше 10 см от ануса резко учащается симптом «боли в животе» (до 61,88%).

В. Г. Янчев (1962) объясняет боли в животе тем, что во время перистальтики кишечника полип, который имеет длинную ножку и располагается в верхнем отделе прямой кишки, перемещается и вызывает нарушение моторики кишечника. У одних больных это выражается усилением перистальтики с болями в живот и частым стулом, у других—спастическими явлениями и запорами. Полип, расположенный в анальном канале или в нижнеампулярном отделе, может выпасть из заднего прохода и может самостоятельно отторгнуться, вызывая обильное кровотечение. Полип может ущемиться в анальном канале и вызвать сильные боли.

Полипы на ножке проявляются более выраженными симптомами, особенно болями в животе. Это связано с тем, что полипы на ножке травмируются сильнее. Боли и неприятные ощущения в заднем проходе характерны для полипов, расположенных в анальном канале прямой кишки.

По данным С. И. Удлера (1974), боли в живот наблюдались у 28,4% больных, в прямой кишке—у 15,4% и в заднем проходе—у 9,9%. Другие симптомы наблюдаются значительно реже и более выражены у больных с сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (гастрит, колит, холецистит, геморрой и др.), которые встречаются у 21—53% больных.

Слизистые выделения связаны с сопутствующим воспалением слизистой оболочки прямой кишки. К непостоянным признакам относятся выпадение прямой кишки и слабость наружного жома. Бессимптомное течение или бедность симптомов наблюдается от 0,9 до 16,8% (И. М. Иноятов, 1966; В. Л. Ривкин и др., 1973; Butler, 1971, и др.).

Ворсинчатый полип (или villous опухоль) выявляется чаще тогда, когда опухоль достигает больших размеров (рис. 27). Ворсинчатый полип состоит из бесчисленного множества длинных и коротких ворсинок, исходящих из общего довольно широкого основания. Цвет опухоли розово-красный, иногда темно-красный с синюшным оттенком. Опухоль покрыта прозрачной слизью, имеет большую секреторную поверхность. Выделение слизи при дефекации является первым и часто единственным симптомом ворсинчатого полипа.

Выделения представляют тягучие слизистые массы, похожие на яичный белок. При крупных опухолях количество слизи достигает 2 л в сутки, это приводит к расстройству водного и электролитного баланса. Опухоль легко травмируется каловыми массами, поэтому бывают частые кровотечения. Крупные ворсинчатые полипы ректосигмоидального отдела могут закрыть просвет кишки и вызвать непроходимость кишечника.

Диагноз полипа прямой кишки ставят на основании анамнеза и объективного обследования больного, которое включает наружный осмотр анальной области, пальцевое исследование прямой кишки, исследование ректальными зеркалами, ректороманоскопию, ирригоскопию, колоноскопию, скопию с биопсией, лабораторные методы исследования и, в частности, копрологические исследования. По показаниям иногда производят сочетанную колоно-лапароскопию.

Осмотр области ануса. Необходимо обратить внимание на состояние и окраску кожи, состояние слизистой оболочки анального кольца. Выявить наличие трещин, геморроидальных узлов, варикозных расширений вен в стадии тромбоза и рубцевания. В тех случаях, когда происходит выпадение полипа и ущемление его в анусе, можно определить характер этого образования.

Пальцевое исследование прямой кишки очень простой, давний, широко распространенный и обязательный метод исследования, который позволяет определить состояние слизистой оболочки прямой кишки на расстоянии 10—11 см; а при бимануальном приеме осмотра даже 12—13 см от ануса.

Пальцевое исследование можно проводить в положении больного на коленях со слегка наклоненным вперед туловищем, в положении на левом боку, на корточках и бимануально в положении больного лежа на спине.

При пальцевом исследовании можно выявить наличие полипа или другого патологического процесса в прямой кишке, его величину, форму, консистенцию, подвижность, распространенность процесса, отношение к подлежащему отделу кишки, наличие патологических выделений в виде крови или гноя, оставляющих след на кончике пальца перчатки.

По данным Л. Н. Иншакова (1970), при пальцевом исследовании прямой кишки удается пальпировать полипы у 28% больных, а по данным Т. Н. Мищенко (1974),—у 52,4%.

Мелкие полипы и полипы мягкой эластической консистенции трудно выявить при пальцевом исследовании. Кроме того, диагностические возможности этого метода ограничены определенным расстоянием (до 10—12 см). Доброкачественные аденоматозные полипы имеют эластическую и мягкую консистенцию. Ворсинчатые полипы напоминают желеобразную массу, а фиброзные полипы—рубцовую ткань. Одним из признаков малигнизации является уплотнение основания полипа.

Исследование при помощи ректальных зеркал. Для исследования применяют зеркала различной конфигурации. Исследование проводят в коленно-локтевом положении, в положении на спине с поднятыми ногами или на боку с приведенными к животу бедрами. Проводить исследование целесообразно при отсутствии острых болей и острых воспалительных изменений в области ануса или спазма сфинктера. При помощи этого метода можно визуально исследовать анальный отдел и нижний отрезок прямой кишки, увидеть полипы, трещины, геморроидальные узлы и другие патологические процессы на глубине до 8—10 см от ануса.

Ректороманоскопия позволяет уточнить данные пальцевого исследования и выявить различные патологические образования и процессы на всем протяжении прямой кишки и части сигмовидной от аноректальной линии на протяжении 25—30 см.

Это объективный и достоверный метод исследования дистального отдела толстой кишки (прямой и сигмовидной кишок). При этом можно определить состояние слизистой оболочки кишки, ее цвет, наличие или отсутствие отека; полипы, их количество, локализацию, величину, цвет, макроскопическое строение; наличие или отсутствие ножки полипа; выявить его изъязвление, определить ранимость полипа и произвести биопсию.

Ректороманоскопия используется для хирургических вмешательств — электроэксцизии и коагуляции полипов.

Подготовка больного к ректороманоскопии должна проводиться очень тщательно по общепринятой методике (бесшлаковая диета 5—6 дней, за 2—3 дня до исследования — слабительное, накануне — очистительная клизма и в день исследования 1—2 очистительные клизмы с интервалом в 2 ч). Вечером накануне и в день осмотра больному не рекомендуется принимать пищу. С. И. Удлгр (1971) предлагает пользоваться следующим методом: за 20—30 мин до осмотра поставить клизму из 100—150 мл воды (при запоре 500 мл), подогретой до температуры 37°C. После этого больному предлагают 3 раза посетить туалет (последний раз непосредственно перед осмотром). Плохая подготовка больного связана в основном с несоблюдением метода (низкая температура воды в клизме, осмотр с опозданием и др.).

Исследование производится в коленно-локтевом положении (коленно-грудном положении) или при тяжелом состоянии больного в положении на левом боку с приведенными к животу бедрами. Для облегчения введения ректоскопа больной должен натуживаться, что способствует расслаблению сфинктера. Тубус ректороманоскопа смазывают вазелином. После введения трубки на 6—7 см мандрен извлекают и на головку держателя надевают окуляр. Дальнейшее проведение трубки осуществляется обязательно под контролем глаза при включенной осветительной системе с поддуванием небольшого количества воздуха. При несоблюдении этих правил можно травмировать стенку кишки, вплоть до перфорации ее в местах патологических процессов.

Глубина проведения трубки ректороманоскопа не всегда возможна на расстояние до 30—35 см от ануса и зависит от положения ректальной части сигмовидной кишки, длины ее брыжейки, перенесенного в прошлом патологического процесса в органах малого таза. Бесконтрольное и форсированное введение трубки совершенно недопустимо. Необходимо проводить трубку строго по направлению канала просвета кишки под контролем глаза с постоянным поддуванием небольшого количества воздуха. При этом удается расправить крупные складки слизистой оболочки и выявить небольшие полипы, которые могут располагаться в ее складках.

Jones (1960) предложил вначале исследовать через ректоскоп прямую кишку без подготовки больного, для того чтобы определить примерный уровень источника кровотечения и произвести клиническое и цитологическое исследование кровянистых и слизистых выделений, которые могут быть обнаружены при осмотре кишки. Вторично производят ректороманоскопию после предварительной подготовки больного.

Противопоказанием к ректороманоскопии являются:

острые воспалительные процессы прямой кишки и органов малого таза, значительная кровоточивость слизистой оболочки прямой кишки, стриктуры ее, перитонит, декомпенсация сердечной деятельности, психозы.

При хорошей подготовке кишечника полипы при ректороманоскопии выявляются на протяжении 25—30 см без особых трудностей. Фиброзные полипы часто имеют неправильную продолговатую форму и бледно-розовый или белесоватый цвет.

При ректороманоскопии малигнизированные полипы чаще имеют красный цвет, реже розовую окраску на фоне нормального цвета слизистой оболочки прямой кишки. Для правильной оценки симптома (красный, темно-красный цвет) необходимо учитывать состояние окружающей слизистой оболочки. Хрупкость и легкая кровоточивость полипа при доброкачественных полипах наблюдается в 8,9% случаев, а при малигнизированных полипах — в 28,3%. Следует помнить о «феномене исчезновения опухоли» при стелющейся форме или при очень подвижных опухолях на ножке, что требует более тщательного исследования.

Рациональным и перспективным способом раннего выявления рака и предрака—полипов прямой и дистальной части сигмовидной кишки—является метод массовых профилактических ректороманоскопий взрослого населения начиная с возраста 25—30 лет, которые можно выполнить и без специальной подготовки, так как после обычного физиологического акта дефекации прямая кишка достаточно опорожняется и становится доступной для проведения ректоскопа на расстоянии 15--20 см от ануса. Т. Н. Мищенко, которая провела 57 профилактических обследований, у 71 человека обнаружила различные патологические процессы (13,7%), а у 13 (2,5%) — полипы прямой кишки.

Метод контактной бета-радиометрии (радиоизотопный) является дополнительным, уточняющим. Этот метод помогает наряду с другими методами исследования в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных новообразований прямой кишки. В основе этого метода лежит способность опухолевых клеток избирательно концентрировать радиоактивный фосфор. Метод заключается в определении величины разницы накопления радиоактивного индикатора с очаге поражения и симметричном ему участке нормальной ткани, концентрация изотопа в котором принимается за 100%.

Определение относительного поглощения ^{32}P в очаге поражения производится специальными бета-зондами с малогабаритной чувствительной частью, что позволяет ввести их в различные полости организма с максимальным приближением к поверхности опухоли.

По данным Г. И. Володиной (1964), Arminski с соавт. (1966), Nelson (1966), накопление ^{32}P в злокачественной опухоли прямой кишки в 3,5—10 раз выше, чем в контрольном участке и на 90% выше здоровых тканей. Необходимо иметь так называемый критерий злокачественности. В. З. Агранат (1967) дал следующее определение «критерия злокачественности». «„За критерий злокачественности принимается минимальная величина относительного накопления радиоактивного фосфора в очаге поражения, которая наблюдается при злокачественном характере процесса (подтвержденного гистологически)».

Дозы вводимого изотопа: от 1 до 1,5 мкКи на 1 кг массы тела больного (В. З. Агранат, 1966; В. К. Модестов и др., 1969; В. С. Бобрышев, 1970). Процедура комплексного радиоизотопного исследования заключается в подготовке больного к радиоизотопному исследованию путем назначений двух очистительных клизм накануне и за 2 ч до исследования; введении радиоактивного препарата фосфата натрия в изотоническом растворе внутримышечно из расчета 1 мкКи на 1 кг массы тела больного; радиометрическом исследовании прямой кишки. При этом газоразрядный датчик в гигиеническом чехле вводится в прямую кишку с таким расчетом, чтобы подвести чувствительную часть прибора непосредственно к поверхности патологического очага через трубку ректоскопа.

Радиометрия должна проводиться поэтапно с учетом анатомического деления прямой кишки на анальную, ам-пулярную и надампулярную части и всех четырех стенок кишки.

При наличии раковой опухоли прямой кишки уровень радиоактивности выше, чем при полипах, стабильность уровня радиоактивности сохраняется свыше 24 и 48 ч и не зависит от стадии распространения процесса.

У больных с воспалительными процессами также наблюдается высокая степень концентрации ^{32}P в наиболее воспаленных и эрозивных участках прямой кишки. Это может служить причиной ошибочных результатов.

Поэтому при воспалительных заболеваниях рекомендуется продлить срок исследования, так как уровень стабильности накопления радиоактивного фосфора будет последовательно снижаться.

Полипы прямой кишки накапливают ^{32}P меньше, чем при раке и воспалении прямой кишки.

Совпадение гистологического диагноза и данных радиометрии при полипах прямой кишки, по данным Т. Н. Мищенко, наблюдается в 87% случаев.

Высокое накопление ^{32}P характерно для злокачественного роста.

Метод контактной радиометрии должен быть проведен обязательно до взятия биопсии при наличии единичных опухолевых образований прямой кишки, при условии возможного подведения бета-зонда к поверхности образования.

Рентгенологическое исследование. При наличии полипов в дистальной части толстой кишки необходимо произвести рентгенологическое исследование всей толстой кишки с исключения полипозного поражения ее. Неудовлетворительные результаты рентгенологического исследования часто зависят от степени подготовки больного и от методики исследования. Полипы на длинной ножке очень легко смещаются при пальпации во время исследования и могут быть приняты за каловые массы. Дифференцировать рентгенологически полипы от псевдополипозных разрастаний часто не представляется возможным, так как ложные полипы могут изменять свою форму при изменении положения тела больного или совсем исчезают. Рентгеноскопия толстой кишки через 24 ч не выявляет даже контуры и смещаемость толстой кишки. В то же время этот метод очень распространен в поликлинической практике и, следовательно, приводит к большому проценту ошибочных диагнозов.

По мнению Е. С. Геселевич (1968), существует несколько методических особенностей и приемов, которые помогают обнаружению полипов. Основное—это широкое применение латеропозиций в сочетании с двойным контрастированием и последующей прицельной рентгенографией.

Одиночный маленький полип лучше виден при не полностью опорожненной кишке, чем при совершенно пустой. Обязательным условием для лучшего обнаружения полипов является введение небольших количеств бариевой взвеси не густой консистенции. Если первое исследование оказывается неудачным, сразу же производят повторную ирригоскопию. Для этого больного просят вывести только часть бариевой массы и после этого вдвывают небольшое количество воздуха. Неоднократные повороты больного со спины на живот и в обратном направлении дают возможность переместить бариевую массу и вызвать лучшее обволакивание полипа контрастной взвесью.

Выявление одиночных полипов диаметром до 1 см и особенно меньших размеров затруднительно. Рентгенологически одиночный полип имеет вид округлого просветления («дефекта наполнения») с четко очерченными контурами. На рентгенограмме иногда хорошо видна ножка полипа. Рентгенологический контроль всей толстой кишки при обнаружении полипов в прямой кишке необходим для исключения опухолевого процесса в других отделах толстой кишки.

Биопсия. По внешнему виду полипа не всегда можно установить его истинную природу. Поэтому биопсия с последующим гистологическим исследованием должна быть завершающим этапом в диагностике полипов прямой кишки. Для определения степени распространенности малигнизации в полипе рекомендуется тотальное удаление полипа, если это возможно, или взятие больших кусочков из разных его отделов с последующим исследованием серийных срезов, для того чтобы не пропустить небольшие очаги малигнизации полипа.

Лечение полипов прямой кишки

Вопросы лечения полипов прямой кишки постоянно обсуждаются в литературе. Предложены как консервативные, так и различные хирургические способы лечения. Большинство авторов при лечении полипов прямой кишки применяют различные виды хирургического вмешательства, которое является наиболее эффективным методом лечения.

Консервативное лечение полипов прямой и ободочной кишок

Бескровный метод лечения доброкачественного полипоза толстой кишки (включая прямую) предложил А. М. Аминев (1960). Для этого он использовал народное лекарственное средство — настой чистотела в клизмах. В народной медицине чистотел применяется для лечения бородавок, путем их смазывания. Наблюдая кератолитические свойства сока в опытах на животных, автор пришел к мысли лечить чистотелом полипоз толстой кишки. Консервативное лечение применяют у небольшой группы больных с доброкачественными полипами на узкой ножке и при ювенильных полипах без кровотечений. Обязательным условием при консервативном лечении является постоянное гистологическое исследование полипов на предмет выявления малигнизации и возможности своевременного оперативного лечения.

Методика применения чистотела: 15—50 г свежей зеленой массы чистотела растереть до кашицеобразного состояния или пропустить через мясорубку, затем залить горячей водой — 200—300 г и после охлаждения вводить в клизму, которую больной должен удерживать до 1—1,5 ч (у детей до 30 мин). Клизмы ставят через день. Перед лечебной клизмой за 2—3 ч ставят очистительную клизму. Цикл лечения чистотелом состоит из 15—20 клизм. При увеличении дозы свыше 50 г чистой зеленой массы могут проявиться побочные действия — головокружение и тошнота. В этих случаях рекомендуется уменьшить дозу чистотела до 0,75 г зеленой массы на 1 кг массы тела больного.

По наблюдениям А. М. Аминев, чистотел действует на доброкачественные полипы толстой кишки, вызывая в отдельных случаях отторжение полипов на узкой ножке.

Крупные полипы, на широком основании не исчезают даже после нескольких сеансов клизм из чистотела. Полипы анального отдела также не поддаются воздействию чистотела. Малигнизированные полипы и полипы на широком основании так же, как и диффузный полипоз, не подлежат лечению чистотелом. При таких полипах показано оперативное лечение.

По мнению многих авторов (В. Н. Демин, 1963; Л. Н. Иншаков, 1965; В. Л. Ривкин с соавт., 1969; И. Х. Хидиятов, 1976, и др.), консервативное лечение полипов и диффузного полипоза чистотелом неэффективно. В наблюдениях В. Л. Ривкина с соавт. лечение чистотелом проведено у 25 больных (от 1 до 5 курсов), но ни у одного из них не наблюдалось отторжения полипов, а у 2 больных развился рак. Об отсутствии эффекта при лечении полипов толстой кишки чистотелом сообщили также С. И. Удлер (1974), И. Х. Хидиятов (1976) и др. Мы также наблюдали больных ранее леченных чистотелом, которых в дальнейшем оперировали по поводу рака толстой кишки. Сообщения многих авторов о неэффективности лечения полипов чистотелом и перечисленные ниже противопоказания требуют более сдержанного отношения к применению этого метода. Противопоказания к лечению чистотелом: малигнизированные полипы; полипы

на широком основании, диффузный полипоз, злокачественные новообразования любой локализации, язвенный колит, острый парапроктит, обострение геморроя, трещины заднего прохода, декомпенсация сердечной деятельности, заболевания печени и почек, инфекционные болезни, беременность, эпилепсия, психозы (Д. П. Чухриенко и др., 1976).

Оперативное лечение полипов прямой кишки

Единственным эффективным методом лечения полипов прямой кишки является хирургический, который включает в себя 3 основных типа оперативных вмешательств:

1. Интравектальное удаление полипов: откручивание, иссечение, электрокоагуляция через аноскоп или ректоскоп (одномоментная или многомоментная), фульгурация (выжигание), задняя проктоотомия и колотомия.

2. Удаление абдоминальным доступом части или всей прямой кишки вместе с полипами — передняя резекция прямой кишки, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки и брюшно-анальная резекция прямой кишки.

3. Комбинированные операции, когда местное удаление полипов применяется как подготовительный этап к расширенной операции при множественном (диффузном) полипозе.

При выборе метода лечения необходимо учитывать следующие факторы: одиночность или множественность полипов, размеры полипов, их локализацию, макроскопический вид полипов—гладкие, дольчатые, ворсинчатые, находятся они на ножке или на широком основании, гистологическую структуру полипов на основании биопсии, возраст и общее состояние больного.

Откручивание (отрыв) полипа предложил А. Е. Мангейм (1929). Метод опасен возможным кровотечением, поэтому лучше перевязывать полип лигатурой и отсекать его или иссекать.

Трансанальное иссечение полипов прямой кишки

Метод заключается в иссечении полипа скальпелем или ножницами с наложением швов на слизистую оболочку.

Показания: расположение полипа на расстоянии до 10 см от заднего прохода (анальный или нижеампулярный отдел прямой кишки), но более удобно иссекать полипы, расположенные на расстоянии до 6 см от ануса. Положение больного на операционном столе такое же, как при операции промежностного камнесечения. Анестезия местная по Вишневскому с применением 0,25% раствора новокаина, реже—наркоз. При одиночных полипах, расположенных на уровне до 6 см от края ануса, анальный канал расширяют при помощи ректального зеркала. Основание или ножку полипа с частью слизистой оболочки пересекают между двумя зажимами Бильрота. Дефект слизистой оболочки ушивают обвивным кетгутовым швом или 2—3 узловыми швами.

При полипах на широком основании делают окружающий его овальный разрез и полип удаляют в пределах здоровой слизистой оболочки, затем рану ушивают узловым кетгутовым швом. Если полипы расположены на расстоянии 6—10 см от ануса, то сначала ректальным зеркалом, а затем пальцами анальный канал растягивают до полного расслабления сфинктера. В прямую кишку вводят большое гинекологическое зеркало для отведения свободной от полипа стенки кишки, далее вводят короткое зеркало и заставляют больного потужиться.

Приблизившийся полип захватывают у основания длинным зажимом Бильрота или окончатый зажимом. Удаляют короткое зеркало, под основание полипа дополнительно вводят 0,25% раствор новокаина и иссекают полип в пределах здоровых тканей. По мере отсечения полипа рану слизистой оболочки зашивают узловыми кетгутовыми швами.

Рану смазывают настойкой йода. В прямую кишку выше места удаления полипов вводят газоотводную трубку, обернутую марлей, и дюрантную смесь. Множественные локализованные полипы, расположенные на противоположных стенках, удаляют поочередно путем иссечения, с последующим сшиванием слизистой оболочки обвивными кетгутовыми швами. При иссечении множественных полипов между ранами слизистой оболочки рекомендуется оставлять полоску здоровой слизистой оболочки для лучшей эпителизации ран и предохранения от образования рубцов и деформаций анального канала. Описанную методику операции применяют только при доброкачественных полипах, расположенных на расстоянии не выше уровня 9—10 см от анаректальной линии. Нами трансанальное иссечение полипов выполнено у 230 больных с хорошими результатами. Т. Н. Мищенко сообщила о 162 (20,5%) трансанальных иссечениях полипов также с благоприятными результатами.

Часто трансанальное иссечение полипов сочетается с геморроидэктомией, иссечением анальной трещины или свища прямой кишки. В наших наблюдениях такое сочетание было у 96 больных, что потребовало одновременной геморроидэктомии.

При небольших полипах, диаметром 0,5 см, а также при выраженной ножке полипа, лучше делать электро-эксцизию или электрокоагуляцию через ректоскоп. Однако при электрокоагуляции часто исключается возможность тщательной биопсии обугленного полипа.

Особенную трудность представляет иссечение ворсинчатых опухолей со стелющимся ростом. В этих случаях необходимо произвести тщательный осмотр слизистой оболочки, чтобы не оставить за складками небольшие островки ворсин после иссечения основного опухолевого узла и гемостаза. Все островки мелких ворсинчатых разрастаний должны быть иссечены в пределах здоровой слизистой оболочки, в противном случае возможен быстрый рецидив опухоли.

Иногда применяется комбинированная операция: иссечение опухоли и электрокоагуляция мелких полипов. За рубежом некоторые хирурги (Cullen, 1974) производят полипэктомию амбулаторно через ректоскоп с использованием эластической лигатуры. По их данным, метод прост, мало травматичен, не дает осложнений и достаточно радикален при удалении крупных полипов. В Научно-исследовательском институте проктологии МЗ РСФСР совместно с Всесоюзным научно-исследовательским и испытательным институтом медицинской техники МЗ СССР создано «устройство для удаления новообразований». Это устройство позволяет через аноскоп или ректоскоп лигировать основание полипа с последующим его иссечением (Б. Н. Резник, А. М. Коплатадзе, 1976). Эластичная лигатура представляет собой латексное кольцо с наружным диаметром 5 мм и внутренним диаметром 2 мм, которое с помощью указанного устройства накладывается на слизистую оболочку ниже основания или ножки полипа, что позволяет полностью удалить полип в пределах неизменной слизистой оболочки без кровотечения.

Эластичная лигатура находится на слизистой оболочке прямой кишки несколько дней, что вызывает реактивное воспаление в подслизистом слое, сопровождающееся тромбозом сосудов в области перевязки. После отторжения латексного кольца вторичное кровотечение не наблюдалось.

Метод перевязки полипов. С помощью эластичного кольца через аноскоп или ректоскоп к полипу подводят дистальный конец «устройства для удаления новообразований» с латексным кольцом, растянутым в 10 раз. Зажимом устройства захватывают верхушку полипа и втягивают во внутрь устройства вместе с подвижной слизистой оболочкой до образования ножки, на которую набрасывают латексное кольцо и отсекают полип выше лигатуры. Эластичная лигатура держится 5—10 дней, после ее отторжения остается эрозированная поверхность около 1 см в диаметре, которая эпителизируется за 2—3 нед. Метод показан у больных с крупными полипами прямой кишки, расположенными на широком основании, когда их удаление другими методами затруднено. После трансанального иссечения полипов рекомендуется постельный режим в течение 5—6 дней, легкоусвояемая диета.

Для искусственной задержки стула дают внутрь настойку опия за 30 мин до еды по 6—8 капель 3 раза в день в течение 5—6 дней.

На 3—4-й день производят первую перевязку, во время которой заменяют дренажную трубку. Рану промывают раствором перекиси водорода и антибиотиков. Через 2 дня после первой перевязки производят вторую перевязку, во время которой удаляют дренажную трубку. На 5—6-е сутки отменяют настойку опия и постельный режим. При позывах на дефекацию больному ставят небольшую клизму.

Электрокоагуляция полипов

Электрокоагуляция полипов через ректоскоп предложена в 1928 г. М. С. Фридманом и П. И. Гельфером. Метод постоянно совершенствуется. Электрокоагуляция через ректоскоп является одним из распространенных методов хирургического лечения доброкачественных полипов прямой и сигмовидной кишок. Эта методика применяется при расположении опухоли на расстоянии от 9—10 до 30 см от края ануса с обязательной предварительной биопсией.

Электрокоагуляции подвергаются небольшие полипы на широком основании, полипы с выраженной ножкой, а также небольшие остатки тканей после местного иссечения полипа.

Показанием для повторной электрокоагуляции полипов являются: 1) наличие одиночного полипа размером от 1,5 до 3 см в диаметре; 2) полипы на широком основании, расположенные на расстоянии 8—15 см от ануса, когда возникающее умеренное кровотечение мешает определить границы основания полипа. Повторную коагуляцию производят через 4—9 дней. Иногда производят многократную электрокоагуляцию.

Электрокоагуляция не показана при больших полипах на широком основании и ворсинчатых опухолях со стелющимся ростом, так как возможна перфорация стенки кишки.

Фульгурацию (сжигание однократным прикосновением электрода) при мелких полипах диаметром 0,2—0,3 см рекомендовали производить М. С. Фридман и П. И. Гельфер (1928), однако при этом возможна перфорация стенки кишки.

При расположении полипа на расстоянии выше 15 см от ануса могут быть затруднения при электрокоагуляции из-за значительной складчатости слизистой оболочки, выраженной пери-

стальтики этого отдела кишки, длинной ножки полипа, что делает его смещаемым в широких пределах.

Электрокоагуляцию полипов через ректоскоп производят специальным инструментом через тубус ректоскопа или с помощью длинного конхотома или щипцов для бронхоэзофагоскопии, снабженных набором наконечников для биопсии и прижигания опухолей, а также путем накладывания на основание полипа проволочной петли, через которую пропускается электрический ток. Наиболее удобен тубус ректоскопа длиной 20 см (можно и более длинный).

Для прижигания полипа применяется аппарат хирургической диатермии.

Техника электрокоагуляции полипов. Больной находится в коленно-локтевом положении, или в положении для камнесечения. В области коленного сустава или пояснично-крестцовой прибинтовывают пассивный электрод из свинцовой пластинки с большой поверхностью соприкосновения, а второй — активный электрод — служит для прижигания удаляемого полипа.

В прямую кишку вводят ректоскоп, который фиксируют левой рукой на уровне обнаруженного полипа. Далее снимают окуляр и вводят конхотом с раскрытыми браншами, которыми захватывают полип (рис. 28). Ассистент подводит наконечник аппарата для диатермии к свободной от резиновой трубки части конхотома, коагуляция длится не более 3—5 с. Чтобы не повредить во время электрокоагуляции полипа подлежащие ткани и избежать перфорации стенки кишки, необходимо щипцами слегка оттянуть полип вместе с участком слизистой оболочки кишки. Если при оттягивании полип не отходит от стенки, прижигание повторяют. Иногда приходится дополнительно коагулировать остатки ножки полипа.

При небольших полипах используют наконечники с шаровидными браншами и полип захватывают так, что после прижигания он целиком остается в углублении наконечника. Удаленный полип обязательно направляют на гистологическое исследование.

Простое прикладывание наконечника со сложенными браншами для прижигания полипов не рекомендуется, так как при этом можно коагулировать и подлежащую стенку кишки. Кроме того, такая коагуляция не позволяет провести гистологическое исследование полипа.

Большие полипы на длинной ножке электрокоагулируют после обнаружения ножки полипа. Для этого полип отодвигают щипцами или тупфером. Ножку полипа захватывают щипцами у места ее прикрепления к стенке кишки, в противном случае может быть рецидив.

Если полип нельзя коагулировать одномоментно, то рекомендуется производить многократную частичную электрокоагуляцию, т. е. удаление полипа по частям. При этом может возникнуть умеренное кровотечение, которое мешает выполнению коагуляции. В этих случаях электрокоагуляцию повторяют через 4—9 дней.

При электрокоагуляции обычно свариваются ткань, лимфатические и кровеносные сосуды основания и ножки полипа, что создает хорошие условия для бескровного и абластичного проведения операции.

После электрокоагуляции на месте полипа остается дефект слизистой оболочки с обугленной раневой поверхностью, которая эпителизируется в течение 2—3 нед. Контрольную ректоскопию делают не ранее чем через 4 мес после электрокоагуляции полипа во избежание возможной перфорации стенки кишки, особенно при многократной коагуляции полипов на широком основании. Т. Н. Мищенко (1974) наблюдала кровотечение в просвет кишки после коагуляции полипов у 15 (2,5%) из 585 больных. У 9 больных кровотечение остановилось при применении гемостатических средств, а у 6 (1%) — была произведена повторная электрокоагуляция широкого основания полипа. В одном случае во время электрокоагуляции крупного полипа, расположенного на расстоянии 23 см от аноректальной линии, произошла перфорация стенки кишки, что повлекло за собой срочную лапаротомию. На вопрос, какую операцию надо выбрать, когда имеется подозрение или установлена при биопсии малигнизация полипа одни авторы отвечают, что необходима расширенная операция (Л. Н. Иншаков, 1968; С. А. Холдин, 1969, и др.), другие считают, что электрокоагуляция через ректоскоп малигнизированных полипов при отсутствии инфильтрирующего роста стенки кишки является достаточно радикальным способом (Ф. И. Лещенко, 1963; И. М. Иноят, 1966; С. И. Удлер, 1974, и др.).

Если обнаружен инфильтрирующий рост в полипе, а прорастание в ножку не найдено, то после удаления полипа больному рекомендуется амбулаторное наблюдение через каждые 3—6 мес. При малигнизации и прорастании ножки полипа и слизистой оболочки кишки рекомендуется очень тщательная электрокоагуляция основания полипа с окружающей слизистой оболочкой и его местное иссечение в пределах здоровых тканей, так как степень риска от расширенной операции не меньше, чем отказ от нее. Однако, учитывая большой процент рецидивов (12,5—24,5), В. Д. Федоров с соавт. (1976), Swinton с соавт. (1956) считали более рациональной тактикой при малигнизации полипа с прорастанием ножки и слизистой оболочки кишки радикальную операцию. Если при биопсии даже крупного полипа в нем не обнаружены раковые клетки, то операцией выбора является местное удаление полипа, однако окончательное решение следует прини-

мать только после тщательного гистологического исследования всего удаленного полипа. По данным Ф. И. Лещенко (1963), И. М. Иноятова (1966) и др., у большинства больных (91—95%) после удаления доброкачественных полипов наступает полное выздоровление.

Электрокоагуляцию через ректоскоп ворсинчатой опухоли производят сравнительно редко, так как она достигает больших размеров и часто имеет широкое основание. Через ректоскоп рекомендуется коагулировать только небольшие ворсинчатые опухоли с выраженной ножкой. При этом необходимо увидеть опухоль в ректоскопе и захватить суженное основание ее. Если это не удастся или опухоль больших размеров и имеет широкое основание, то коагулируют ее по частям. При этом возможно кровотечение из остатков опухоли, что затрудняет дальнейшее проведение операции.

В послеоперационном периоде больной должен соблюдать постельный режим. Назначают легкоусвояемую диету. Для задержки стула назначают настойку опия по 6—8 капель 3 раза в день. На 4-й день назначают слабительное. После электрокоагуляции высоко расположенных полипов иногда наблюдаются боли в животе и симптомы раздражения брюшины. В этих случаях рекомендуется покой, хлорид на живот, антибиотики, наблюдение за больным. По данным И. М. Иноятова, из 415 больных, оперированных методом электрокоагуляции, умерли 2 человека. Один больной погиб от гнойного простатита с исходом в менингит после электрокоагуляции полипа, расположенного на расстоянии 10 см от ануса, вторая больная—от гнойного перитонита после перфорации кишки во время контрольной ректоскопии через 10 дней после электрокоагуляции большого полипа, расположенного на расстоянии 13 см от ануса. В связи с этим автор рекомендует контрольную ректоскопию производить не ранее чем через месяц после электрокоагуляции полипа, расположенного на расстоянии 13 см от ануса.

Место, где проводилась электрокоагуляция, выглядит, как округлый участок атрофичной белесоватого цвета слизистой оболочки кишки. Иногда имеется небольшое разрастание грануляционной ткани. По наблюдениям Л. Н. Иншакова (1966), после одномоментной электрокоагуляции доброкачественных полипов осложнении не было, кроме 2 больных с небольшим выделением крови из заднего прохода. При многократной частичной электрокоагуляции наблюдались кровотечения, которые потребовали переливания крови.

О положительных результатах применения криодеструкции для удаления полипов сообщил В. Д. Федоров с соавт. (1973), по их мнению, из-за возможных осложнений у мужчин (импотенция) ее нужно применять с осторожностью и по строгим показаниям.

Задняя проктотомия

Впервые эту операцию применил в 1839 г. Velpan, затем Krasce (1885) для удаления низко расположенных раков прямой кишки рассекал кишку и наружный жом сзади по средней линии до опухоли, затем низводил эту опухоль и удалял ее через рану. Эта операция иначе называется линейная ректотомия. Bevan (1917) видоизменил методику этой операции:

мягкие ткани рассекают от ануса сверху до основания 1 крестцового позвонка (длина 10—12 см). Заднюю стенку прямой кишки вместе со сфинктером рассекают между зажимами, опухоль иссекают во всю толщу стенки прямой кишки электроножом. Дефект стенки прямой кишки после удаления опухоли и сфинктер зашивают ввернутыми внутрь узловыми кетгутowymi швами. Lockhart-Mummery (1934), Growley, Davis (1951) изменили методику, предложенную Bevan; они не рассекали сфинктер, а стенку кишки ушивали через все слои в поперечном направлении. Заднюю проктотомию (ректотомию) производят для иссечения в пределах здоровых тканей больших доброкачественных опухолей, ворсинчатых опухолей, крупных полипов на широком основании, расположенных на уровне 8—14 см от ануса, которые не поддаются трансанальному иссечению или электрокоагуляции через ректоскоп. Эта операция позволяет избежать травматического расширенного вмешательства, когда невозможно убрать полип трансанально. Если доброкачественная опухоль больших размеров и расположена на уровне 9—14 см от края ануса, то трансанальное ее иссечение затруднено из-за высокой локализации, а электрокоагуляция опухоли невозможна и опасна из-за больших размеров новообразования. В то же время расширенная операция при клинически и гистологически доброкачественной опухоли нецелесообразна. В таких случаях рекомендуется операция задней проктотомии.

Эта операция может производиться без удаления копчика и с удалением его, а также с резекцией V, частично IV крестцовых позвонков, причем после удаления копчика задняя стенка кишки обнажается еще на 3 см. После рассечения фасции Вальдейера, мобилизации задней стенки прямой кишки и низведения ее в рану на 3—4 см через ректотомный разрез открывается участок кишки, расположенный на уровне 11—12 см от ануса. При мобилизации боковых стенок без рассечения боковых связок в большинстве случаев можно достигнуть участка, расположенного на уровне 14 см. Резекция V и частично IV крестцовых позвонков лишь незначительно расши-

ряет операционное поле и, по мнению И. М. Иноятова (1966), является неоправданной. Автор считает, что для дальнейшей мобилизации лучше производить перевязку и пересечение переднебоковых связок с проходящими в них средними геморроидальными сосудами, тогда прямая кишка выводится в рану еще на 4—5 см. Вскрытие, полости прямой кишки продольным разрезом на уровне 8—9 см от ануса является безопасным, так как на этом уровне имеются лишь мелкие ветви верхней геморроидальной артерии.

Техника задней проктотомии. Больного укладывают на правый бок с согнутыми и приведенными к животу ногами, которые находятся на отдельном столике. Разрез кожи на уровне II крестцового позвонка слева от средней линии до верхушки копчика. Обнажают копчик, рассекают его связки и производят резекцию. Останавливают кровотечение из средней крестцовой артерии с обязательным прошиванием и перевязкой ее. Продольно рассекают копчико-анальную связку и прикрепленные к ней копчиковые мышцы, а леваторы тупо раздвигают. Под контролем глаза рассекают фасцию Вальдейера. Мобилизуют заднюю стенку кишки, а при необходимости и боковые стенки. Продольным разрезом, длиной 4—6 см, вскрывают просвет кишки (рис. 29, а).

Полип захватывают зажимом и подтягивают в рану. У основания накладывают зажимы Бильрота и отсекают полип в пределах здоровой слизистой.

Рану ушивают кетгутовыми швами. Слизистую оболочку прямой кишки протирают 1% спиртовым раствором йода. Рану прямой кишки на задней стенке ушивают двухрядными кетгутовыми швами, причем в первый ряд швов не захватывают слизистую оболочку (рис. 29, б). Шелковые швы накладывают на общую фасцию прямой кишки. Чтобы уменьшить раневую полость, стенку кишки подшивают 2—3 швами к жировой клетчатке таза. Послойное ушивание раны. В кожной ране незашитой остается центральная часть длиной 3—4 см. Сюда, к месту резецированного копчика, на 5—6 дней подводят мазевой тампон. В прямую кишку вводят два тампона с мазью и газоотводную трубку.

Если небольшая опухоль расположена на задней стенке прямой кишки, то ее удаляют вместе с подлежащей стенкой. Если опухоль больших размеров, то применять иссечение стенки опасно из-за невозможности стянуть края рассеченной кишки, поэтому целесообразнее отпрепаровать сверху и снизу слизистую оболочку кишки.

В послеоперационном периоде назначают внутрь настойку опия по 6—8 капель 3 раза в день в течение 7—8 дней после операции и специальную диету (стол № 2), антибиотики.

Рисунок утерян

Рис. 29. Задняя проктотомия. (схемы).

а — вскрыт просвет кишки, видна ворсинчатая опухоль; б — опухоль удалена. Ушивание задней стенки прямой кишки.

На область швов ежедневно при перевязках накладывают спиртовые салфетки. На 3-й сутки после операции из ануса удаляют тампоны и газоотводную трубку. Подтягивают тампон в рану и на 5—6-й день его удаляют. После снятия швов на 9—10-е сутки перед каждой последующей перевязкой назначают общую ванну. На 9-е сутки после операции при появлении позывов на дефекацию ставят очистительную клизму. Ходить больному разрешается на 10—11-й день после операции.

Колотомия

Операцию эту применяют при полипах на широком основании или небольшой ворсинчатой опухоли на толстой ножке, расположенных в сигмовидной кишке, тогда, когда электрокоагуляция через ректоскоп затруднена или опасна в связи с возможностью перфорации стенки кишки в свободную брюшную полость. Разрез нижнесрединный или в левой подвздошной области. В рану выводят сигмовидную кишку, ощупывают место, где располагается полип. После наложения мягких кишечных жомов на отводящий и приводящий концы кишку вскрывают продольным разрезом вдоль свободной teniae. Опухоль иссекают вместе с подлежащей слизистой оболочкой, на которую накладывают швы. Если ножка полипа тонкая, то ее перевязывают у основания шелковой лигатурой. Рану кишки ушивают двухрядным швом. Переднюю брюшную стенку послойно ушивают наглухо.

Отдаленные результаты лечения полипов прямой кишки

Многие авторы указывают на трудность в решении вопроса: возник ли полип на новом месте или он является рецидивом?

Повторное возникновение полипов после удаления их большинство авторов рассматривают как рецидив болезни. В табл. 9 нами представлены отдаленные результаты в зависимости от методов лечения полипов прямой кишки по наблюдениям различных авторов.

Как видно из табл. 9, рецидивы полипов наблюдаются при всех видах лечения. К сожалению, многие авторы приводят процент рецидивов, не указывая количество оперированных больных и метод операции. В основном это были железистые, фиброзные и ювенильные полипы. Из приведенных данных следует, что процент рецидивов был меньше после электроэксцизии полипов; после электрокоагуляции рецидивы наблюдались от 4,5 до 12,5%; после трансанального иссечения—от 3,9 до 16,6% (при ворсинчатых опухолях). Больше всего рецидивы отмечены после проктотомии—11,7—20% (при ворсинчатых опухолях), что может быть объяснено более распространенным поражением прямой кишки ворсинчатой опухолью.

Swinton (1963) наблюдал 295 больных с удаленными полипами в сроки от 5 до 8 лет, из них у 24,5% больных обнаружен рецидив полипов прямой кишки, а у 3—развился рак (у этих больных был множественный полипоз). И. М. Иноятов (1966) изучил отдаленные результаты (от 1 года до 5 лет) после операции у 531 больного в зависимости от гистологического строения и характера операции. Рецидивы полипов обнаружены у 25 больных, в том числе после трансанального иссечения полипов у 3,9% больных (7 из 178) преимущественно с ворсинчатыми опухолями (4 больных из 28). После электрокоагуляции полипов у 4,5% больных (14 из 308) возник рецидив. У всех больных были железистые или ювенильные полипы. В то же время при электрокоагуляции ворсинчатых и других редких опухолей (13 больных) рецидивов отмечено не было. После задней проктотомии рецидивы полипов возникли у 11,7% больных (4 из 34), в том числе у 3 больных с ворсинчатыми опухолями.

Большее число рецидивов получено после удаления ворсинчатых опухолей методом трансанального иссечения (4 рецидива у 28 больных) и после задней проктотомии (3 рецидива у 23 больных). Т. Н. Мищенко (1974) обследовала в отдаленные сроки (до 5 лет) после лечения 486 больных, страдавших одиночными и множественными полипами. Рецидивы на месте электрокоагуляции полипов возникли у 26 (5,3%) больных и 2 больных умерли от рака. После трансанального иссечения полипов (96 больных) рецидивов не было. Автор отметил, что больше рецидивов возникало после многократной частичной электрокоагуляции (10 из 26 рецидивов) в основном крупных полипов на широком основании или при ворсинчатом строении полипа.

Причинами явились, вероятно, недостаточно полное удаление основания полипов, в связи с возникшим кровотечением, которое мешало видеть основание полипа, и опасением перфорировать стенку кишки. При гистологическом исследовании рецидивные полипы у 25 больных оказались аденоматозными, а у одного больного—ворсинчатый полип с резко выраженной атипией, на месте которого спустя 2 года развился рак. У одного больного с диффузным полипозом также развился рак. Рецидивные полипы у 23 больных были удалены путем электрокоагуляции, а у 3—путем трансанального иссечения. У одного больного с раковым перерождением полипа была произведена экстирпация прямой кишки с наложением прогнатовидного анастомоза. По наблюдениям Л. Н. Иншакова (1966), в сроки от 3 мес до 2 лет из 40 больных с рецидивами (5,9% у 11 полипов располагались на месте ранее удаленных, а у 29—были выявлены на новом месте. Из 19 больных с ворсинчатыми полипами рецидивы возникли у 7 (36,8%). Из 165 больных с гладкими и дольчатыми полипами рецидивы были у 4 больных (2,4%). По мнению автора, причиной рецидивов, вероятно, было недостаточное удаление основания полипа из опасения перфорировать стенку кишки. После одномоментной электроэксцизии рецидивы полипов наблюдались значительно реже—2,17% (у 3 больных из 138). После выскабливания крупного ворсинчатого полипа, по наблюдениям автора, у одного больного рецидив был 4 раза на протяжении 5 лет! В одном случае после удаления ворсинчатого полипа прямой кишки, через некоторое время был обнаружен рак. Еще у 2 больных с множественными полипами, которым была произведена электрокоагуляция наиболее крупных полипов, в дальнейшем также был обнаружен рак прямой кишки.

Хуже результаты были получены в отдаленные сроки у 52 больных с малигнизированными полипами прямой кишки: из 7 умерших 5 погибли от метастазов рака, у 2—развились первичные опухоли (легкого и пищевода с метастазами). Рецидивы малигнизированных полипов выявлены у 6 больных (11,5%) в сроки от 3 мес до 1 года и у 3 больных полипы обнаружены в других отделах прямой кишки. Среди нелеченых больных прослежены 33 в сроки от 3 мес до 20 лет, из них один больной умер от рака прямой кишки, а у 29—увеличения количества полипов и размеров их не было отмечено (2 больных наблюдались в течение 10 лет).

В группе нелеченых больных, которых наблюдала Т. Н. Мищенко (1974), прослежено 30 в сроки от 3 до 12 лет. У 5 больных на протяжении Г/г лет развился рак (у 2 больных имелись одиночные крупные полипы и у 3 — был множественный полипоз). Под постоянным наблюдением находился 21 больной. Увеличения размеров и количества полипов не отмечено.

По данным В. Д. Федорова, Ю. М. Милитарева и М. В. Хахановой (1977), путем электрокоагуляции через ректоскоп железистые и железисто-ворсинчатые полипы удалены у 796 больных, в том числе у 78 ворсинчатые опухоли. Рецидивы возникли у 100 больных (12,5%). Наибольший процент рецидивов отмечен при ворсинчатых опухолях 25,6 (у 20 из 78 больных). Кроме 100 больных с рецидивами полипов, у 41 (5,1%) обнаружена новая локализация доброкачественных опухолей и у 17 (2,1%) — рак толстой кишки.

При иссечении полипов у 52 больных (трансанально, путем ректо- или колотомии) и ворсинчатых опухолей у 108 (всего 160 человек) рецидивы возникли у 33 (20,6%) больных, из них после иссечения ворсинчатых опухолей рецидивы возникли у 27 (25%), а рак у 10 (9,2%). По мнению авторов, опасность рецидива полипов и возникновение рака увеличиваются по мере нарастания ворсинчатой трансформации новообразований. По их наблюдениям, почти у каждого 4-го больного при длительном наблюдении обнаруживается рецидив или рак на месте ранее удаленной опухоли. По наблюдениям В. Л. Ривкина с соавт. (1969), рецидивы в основном также были отмечены после удаления ворсинчатых опухолей (у 7 больных из 54), что составляет 12,9%, из них у 4 из 24 больных после трансанального иссечения и у 3 из 15 — после ректотомии. В то же время после электрокоагуляции железистых и ювенильных полипов из 29 больных рецидивы в сроки от 5 лет и более возникли у 14 (4,7%). Все 7 больных с рецидивами были повторно оперированы путем местного иссечения опухоли, прослежены до 5 лет — рецидивов не было. Причиной рецидивов было оставление части опухоли, при первой операции. Поэтому необходимо тщательно удалять всю опухоль в пределах здоровой слизистой оболочки кишки с последующим обязательным гистологическим исследованием ее. При малигнизации полипа показана радикальная операция. В заключение следует отметить, что выбор метода лечения полипов прямой кишки должен быть дифференцированным в зависимости от гистологического строения полипов, их размеров, расположения (на ножке или на широком основании) и распространенности процесса. При доброкачественных полипах лучшие результаты получены при электроэксцизии, несколько больший процент рецидивов отмечен при электрокоагуляции и иссечении полипов, однако применение их несомненно обосновано.

При малигнизированных полипах, особенно с прорастанием ножки и слизистой оболочки кишки, результаты после щадящих операций значительно хуже (свыше 20% рецидивов и летальных исходов от метастазов рака), поэтому более рациональной является радикальная операция.

4. РЕДКИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОЛИПОВ

К редким локализациям полипов желудочно-кишечного тракта относятся: полипы пищевода, двенадцатиперстной и тонкой кишок. Полипы этих органов дописаны отдельными авторами на основании небольшого числа наблюдений, иногда в виде казуистики.

Полипы пищевода

Доброкачественные опухоли пищевода встречаются сравнительно редко. По данным В. И. Казанского (1953), доброкачественные опухоли пищевода встречаются в 5—6% случаев, а по данным Б. В. Петровского (1956), они составляют 0,04% всех заболеваний данного органа. В Московской городской клинической больнице имени С. П. Боткина с 1951 по 1960 г. по поводу опухолей пищевода было оперировано 258 больных, из них у 5 (1,9%) обнаружены доброкачественные опухоли (С. В. Алтаев, 1962).

Среди доброкачественных опухолей пищевода полипы встречаются значительно реже, чем лейомиомы и кисты. М. С. Михелевич (1945) собрал во всей мировой литературе с 1917 по 1930 г. 50 случаев полипов пищевода и выяснил, что чаще всего они локализируются на передней стенке входа в пищевод, реже — в средней трети пищевода. Один случай полипа на 100 исследованных пищеводов обнаружил И. Т. Шевченко (1950). Два случая полипа пищевода описал П. Г. Довгая (1957), причем в одном из них полип был найден у 6-недельного ребенка. Ю. К. Александровский к 1960 г. собрал 60 наблюдений полипов пищевода, которые описаны в отечественной и зарубежной литературе. По мнению многих хирургов, доброкачественные опухоли пищевода чаще встречаются у мужчин в возрасте старше 30 лет (А. А. Гукасян, 1960; Х. А. Акрамов, 1960, и др.).

Н. Н. Малиновский (1954) предложил классификацию, по которой все доброкачественные опухоли пищевода делит на 3 группы: 1) полипозные, исходящие из слизистого и подслизистого слоев (аденомы, гемангиомы, эпителиальные кисты и др.); 2) внутрисстенные или интрамуральные (фибромы, миомы, лейомиомы); 3) опухоли, растущие из стенок пищевода, но не являющиеся типичными только для него (дермоидные кисты, невриномы).

Доброкачественные опухоли подразделяют на опухоли, сидящие на ножке и на широком основании, причем и те и другие могут состоять из однородных тканей (Ю. Е. Березов, М. С. Григорьев, 1965). По морфологическому признаку все доброкачественные опухоли пищевода разделяют на опухоли эпителиального (папилломы, полипы, кисты) и неэпителиального происхождения (лейомиомы, фибромы, липомы и др.). Папилломы характеризуются как небольшие изолированные или расположенные конгломератом опухоли на слизистой оболочке пищевода. Они покрыты хорошо дифференцированным плоскоклеточным эпителием. По гистологической структуре эти опухоли представляют гиперпластическое разрастание покровного эпителия и подлежащей соединительной ткани.

Полип представляет соединительнотканное образование на ножке, исходящее из подслизистого слоя или из железистого эпителия. Располагаться полипы могут на любом уровне пищевода, но наиболее часто локализуются на передней стенке пищевода, на уровне нижнего края перстневидного хряща. Достигая значительной длины, полипы могут выпадать в полость рта или даже наружу. А. И. Фельдман (1949) наблюдал полип, длина которого распространялась от первого физиологического сужения пищевода до кардии. Микроскопическая картина полипа пищевода представляет собой разрастание соединительной ткани в виде сосочка, покрытого многослойным плоским эпителием, под которым часто наблюдается воспалительная инфильтрация ткани круглоклеточными элементами. В соединительной ткани имеется много сосудов капиллярного типа. Полипы пищевода могут подвергаться злокачественному перерождению. Так, Л. Х.

Адилгиреева (1965) из 252 больных с опухолями пищевода у 4 наблюдала доброкачественные опухоли, из них у 2 были полипы. Клиническая картина полипов пищевода зависит от размеров и локализации их. Небольшие полипы в основном протекают бессимптомно, не вызывают дисфагии и болей при прохождении пищи. В дальнейшем появляются чувство тяжести за грудиной и тупые непостоянные боли, не связанные с приемом пищи, иногда рвота. Если полипы пищевода достигают больших размеров, особенно если они на ножке, то симптоматика становится более выраженной: появляется дисфагия, тошнота, регургитация, иногда возникает кашель. При наличии длинной ножки, полип во время рвоты или кашля может вытолкнуться в полость рта, закрыть вход в гортань и вызвать внезапное удушье. Общее состояние больного в начале заболевания страдает мало и только при развитии дисфагии наблюдается похудание, слабость, недомогание (Ю. Е. Березов, М. С. Григорьев, 1965). Распознавание опухолей пищевода представляет значительные трудности. Основными диагностическими методами являются рентгенологическое исследование и эзофагоскопия. Рентгенологическое исследование с контрастной массой во многих случаях позволяет выявить «дефект наполнения» округлой или овальной формы с ровными, четкими контурами. Если полип имеет достаточно длинную ножку, то «дефект наполнения» в ряде случаев может смещаться. Рельеф слизистой оболочки пищевода гладкий. В месте расположения полипа перистальтика может быть замедлена. Однако в начальных стадиях развития заболевания при очень небольших размерах полипа рентгенологическое исследование может не выявить изменений со стороны слизистой оболочки пищевода. Основным методом исследования больных с полипами пищевода в настоящее время является эзофагоскопия, так как позволяет не только визуально исследовать слизистую оболочку пищевода, но и произвести прицельную биопсию, а в ряде случаев и удалить полип путем электроэксцизии или электрокоагуляции.

Фотографирование через эндоскоп дает возможность документировать наличие патологического процесса, а в дальнейшем динамически наблюдать за характером изменений в патологическом очаге. Эзофагоскопия, как метод исследования, применяется давно. Эндоскопическая аппаратура постоянно совершенствуется. В 1967 г. Endo сообщил о первом опыте клинического применения нового эндоскопа. С момента выхода в свет эзофагофиброскопа эзофагоскопия получила широкое распространение. Через эзофагофиброскоп можно осмотреть стенки пищевода на всем протяжении, отсосать слизь, слюну, желудочное содержимое и с помощью специального устройства отмыть любой участок пищевода. В норме слизистая оболочка пищевода имеет бледно-розовую окраску и нерезко выраженные продольные складки. Кардиальная часть желудка определяется по изменению окраски слизистой оболочки, которая в этом отделе приобретает более яркий розовый цвет.

Эзофагоскопию производят под местным обезболиванием, чаще 0,5% раствором дикаина с предварительным введением 0,5—1 мл 0, 1% раствора атропина в положении больного лежа на левом боку. Эндоскоп вводят в глотку в согнутом состоянии, а затем аппарат разгибают, предлагают больному сделать глоток, при этом становится видимым вход в пищевод, и аппарат продвигают дальше. Некоторые эндоскописты (Stark, Jackson)- рекомендуют проводить эзофагоскопию в положении больного на спине. Можно производить эзофагоскопию на правом боку, в коленно-локтевом положении и в положении сидя. Техника эзофагоскопирования одинаковая при любом положении больного. Биопсия через эзофагофлброскоп осуществляется специальным инструментом (лучше ложечными щипцами).

После взятия кусочка ткани обычно возникает разной интенсивности кровотечение, которое останавливают прижатием сосуда или другими консервативными методами. Следует всегда помнить об опасности перфорации пищевода, особенно в оральной части его и ближе к кардии. После биопсии больному не разрешается пить и есть в течение суток.

Лечение полипов пищевода оперативное, это связано как с возможностью перерождения полипов пищевода в рак, изъязвлением их и опасностью кровотечения, так и с наблюдающейся асфиксией, особенно при наличии длинной ножки у полипа, и затруднением прохождения твердой пищи по пищеводу. В последнее время среди методов оперативного удаления полипов пищевода наибольшее признание получает электроэксцизия полипа через эндоскоп. Можно также удалять полипы пищевода через эзофагоскоп путем пересечения ножки полипа специальными ножницами или проволочной петлей, при этом необходимо помнить о возможной перфорации пищевода, особенно при сильном натяжении ножки, поэтому эту манипуляцию нужно выполнять с большой осторожностью. Электрокоагуляцию полипов производить не рекомендуется, так как при этом исключается возможность гистологического исследования полипа, а также в связи с возможностью перфорации стенки пищевода.

В случае невозможности полипэктомии через эндоскоп и при наличии больших полипов на широком основании показана эзофаготомия после предварительной биопсии и исключения злокачественного характера опухоли. Полип на широком основании иссекают в пределах здоровых тканей и зашивают дефект слизистой оболочки. Э. В. Луцевич с соавт. (1976) наблюдали 6 больных с полипами пищевода в возрасте от 37 до 56 лет (4 мужчины и 2 женщины), причем у 3 из них были также обнаружены полипы в желудке и толстой кишке. Всем больным была произведена полипэктомия путем электроэксцизии через эндоскоп. Рана слизистой оболочки пищевода после полипэктомии зажила в сроки до 3 нед. Отдаленные результаты прослежены авторами до 3 лет. Рецидивов не отмечено.

На благоприятные отдаленные результаты после удаления доброкачественных опухолей пищевода и полное восстановление функции пищевода указывали Ю. Е. Березов и М. С. Григорьев (1965).

Полипы двенадцатиперстной кишки

Опухоли двенадцатиперстной кишки встречаются довольно редко. По данным Essinger (1963), при вскрытиях они составляют 0,002%. Среди доброкачественных опухолей двенадцатиперстной кишки наиболее распространены аденомы, полипы, миомы, липомы (80,2—87% по данным А. Е. Ефимова, К. Д. Эристави, 1969; Peeters et al., 1972, и др.).

А. Д. Рыбинский (1939) описал 6 случаев полипов двенадцатиперстной кишки.

В клинике Lahey с 1942 по 1949 г. на 165 больных раком панкреатодуоденальной зоны наблюдалось 10 больных с доброкачественными опухолями двенадцатиперстной кишки. Все они были оперированы с предположением на наличие злокачественной опухоли.

А. С. Оганесян (1960) сообщил о наблюдениях полипов двенадцатиперстной кишки по данным отечественной литературы (12) и иностранной (21). По сборной статистике В. И. Якушина (1965), среди 90 больных с полипами двенадцатиперстной кишки преимущественно в возрасте от 30 до 60 лет мужчин было 44, а женщин — 46. Данные гистологического исследования указывали, что полипы были аденоматозными. Локализация полипов была преимущественно в верхней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки, значительно реже в нисходящей и нижней горизонтальной части. По данным Я. В. Гавриленко (1973), наблюдавшего 6 больных с полипами двенадцатиперстной кишки, локализация эндоскопически выявленных полипов была в луковице и нисходящей части. В клинической картине полипов двенадцатиперстной кишки основными симптомами являются боли, непроходимость и кровотечение. Часто кровотечение оказывается первым признаком доброкачественных опухолей двенадцатиперстной кишки (М. М. Сальман, 1963; Biggs, Roberts, 1953, и др.). В ранних стадиях клинически опухоль ничем не проявляется и остается длительное время бес-симптомной. Только при обтурации просвета кишки опухолью или при изъязвлении полипа клиника становится более яркой. Боли бывают

разного характера и разной интенсивности, в основном локализуются в эпигастральной области, правой подреберной области или в области пупка. Больные отмечают чувство тяжести в подложечной области, отрыжки с неприятным запахом, запоры. Позднее появляются рвота съеденной накануне пищи, симптомы желудочно-кишечного кровотечения (чаще скрытое). При обтурации верхней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки пищевые массы начинают задерживаться в желудке.

У больных появляется рвота большим количеством застойного желудочного содержимого с примесью пищи. Начинает определяться шум плеска. Боли приобретают схваткообразный характер. Рентгенологически выявляется «дефект наполнения» овальной или округлой формы с четкими ровными контурами. Но чаще всего доброкачественные опухоли двенадцатиперстной кишки обнаруживают при вскрытиях. «Прижизненная диагностика опухолей двенадцатиперстной кишки трудна, так как симптоматика тесно связана с локализацией их в различных отделах двенадцатиперстной кишки и напоминает то опухоль привратника, то опухоль желчных ходов, то опухоль верхней части тонкой кишки» (Л. М. Нисевич, 1936).

В связи с введением в комплекс диагностических исследований при заболеваниях верхних отделов желудочно-кишечного тракта приборов на фиброволоконной оптике, появилась возможность непосредственного осмотра и прицельной биопсии слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Основные методы диагностики заболеваний двенадцатиперстной кишки включают: 1) метод исследования двенадцатиперстной кишки с помощью зондирования, 2) метод аспирационной биопсии слизистой оболочки, 3) рентгенологический метод и 4) эндоскопический метод исследования.

Показанием к дуоденоскопии является подозрение на заболевание двенадцатиперстной кишки. Такие широкие показания обусловлены тем, что общепринятые методы исследования часто не позволяют своевременно установить патологические изменения этой области.

Противопоказания к дуоденоскопии делятся на **относительные и абсолютные** (Ю. В. Васильев, 1973). **Относительные** противопоказания: значительно увеличенный зуб, обострение хронических заболеваний сердца и легких, заболевания с резко пониженной свертываемостью крови.

Абсолютные противопоказания: легочно-сердечная недостаточность с застойными явлениями в легких, инфаркт миокарда, коматозное состояние и шок, аневризма аорты, наличие в пищеводе инородных тел, стенозирующий рак пищевода и желудка, наличие острых хирургических заболеваний органов брюшной полости с явлениями перитонита, резкая деформация позвоночника, обострение воспалительных заболеваний полости рта, глотки и верхних дыхательных путей, высокая температура тела, резко расширенные варикозные вены пищевода.

Премедикация: за 30—40 мин до исследования подкожно вводят 1 мл 0,1% раствора атропина и дают через рот 2 таблетки «Аэрон». О новом методе изучения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки — аспирационной биопсии при помощи зонда сообщили Wood с соавт. (1949). В дальнейшем появились различные модификации зондов (В. М. Успенский 1972; Shiner et al., 1962, и др.). Для получения более точных данных аспирационная биопсия большинством эндоскопистов проводится под контролем рентгеновского экрана. С появлением гибких биопсийных фиброскопов с управляемым дистальным концом появилась возможность проводить прицельную биопсию непосредственно под контролем зрения через дуоденофиброскоп. Противопоказанием к прицельной биопсии является понижение свертываемости крови.

Ю. В. Васильев (1973) из 766 обследованных больных наблюдал 4 с доброкачественными опухолями двенадцатиперстной кишки (0,5%), у всех больных правильный диагноз был поставлен при эндоскопии. Аденоматозный полип двенадцатиперстной кишки имеет следующую эндоскопическую картину: образование более или менее мягкое, неровное по конфигурации, слизистая оболочка полипа розового цвета, а окружающая слизистая оболочка более бледная, иногда на верхушке полипа видны изъязвления. На 441 дуоденоскопию Damling с соавт. (1972) выявили 30 случаев опухолей двенадцатиперстной кишки, при этом был уточнен характер опухоли (полип, невринома и др.). Я. В. Гавриленко (1973) из 1800 обследованных больных у 6 (0,33%) при дуоденоскопии выявил полипы двенадцатиперстной кишки, подверженные гистологическим исследованиям, в то время как рентгенологическим методом они были выявлены только у одного больного.

Рентгенологический метод исследования двенадцатиперстной кишки применяется очень давно и постоянно совершенствуется, но, несмотря на это, информативность его недостаточная.

Рентгенологическим методом при полипах двенадцатиперстной кишки может определяться «дефект наполнения» в двенадцатиперстной кишке, но судить о природе его бывает трудно.

Лучшие результаты дает релаксационная дуоденография, пневмоперитонеум, томография.

Правильная рентгенодиагностика опухолей двенадцатиперстной кишки довольно редкая — от 11 до 45% (Р. Т. Панченко и др., 1970; Н. А. Скуя, 1972; Essinger, 1963).

Основным методом лечения полипов двенадцатиперстной кишки является оперативное вмешательство.

По сборной статистике отечественных хирургов (В. И. Якушин, 1965) радикальное удаление доброкачественных опухолей двенадцатиперстной кишки произведено у 25 из 27 оперированных больных с одним летальным исходом.

С введением в практику фиброэндоскопов эндоскопический метод дает возможность не только визуально осмотреть слизистую оболочку и выявить полипы на всем протяжении двенадцатиперстной кишки, но и произвести биопсию и удалить их, остановить кровотечение (Л. К. Соколов, 1965, 1973; Э. В. Луцевич, И. М. Белов, 1972; Karvai et al., 1969; Segal, 1972, и др.).

Полипы тонкой кишки

Доброкачественные опухоли тонкой кишки являются малоизученным разделом патологии кишечника. Полипы тонкой кишки встречаются довольно редко, поэтому в большинстве опубликованных работ представлены лишь отдельные казуистические случаи.

Одной из первых крупных работ, посвященных доброкачественным опухолям кишечника, была «Polyadenoma tractus intestinalis» Н. В. Склифосовского, опубликованная им в 1881 г. Н. Н. Петров (1896) сообщил о множественном полипозе тонкой кишки у больной 20 лет. Nothnagel (1903) указал на возможность злокачественного перерождения доброкачественной опухоли тонкой кишки. В 1913 г. В. В. Гориневская продемонстрировала на заседании Пироговского общества в Ленинграде больную, оперированную по поводу инвагинации, вызванной полипом подвздошной кишки.

Полипы тонкой кишки у 10 больных наблюдали Je-gers, McKasich, Katz (1949), причем у половины из них имелись полипы и в желудке, и в толстой кишке. У всех больных отмечалась пятнистая пигментация кожи вокруг рта и пальцев рук (синдром Пейтца — Егерса).

Диагностика доброкачественных опухолей тонкой кишки трудна, и практическим врачам чаще приходится встречаться с осложнениями полипов. Доброкачественные опухоли тонкой кишки вызывают тяжелые осложнения: кишечные кровотечения, инвагинацию, заворот, перфорацию и могут малигнизироваться. River, Silverstein, Tope (1956) собрали в мировой литературе 1399 наблюдений доброкачественных опухолей тонкой кишки и 1100 злокачественных. Они отметили, что доброкачественные опухоли локализуются в тонкой кишке чаще, чем злокачественные. По сборной статистике А. М. Тарнопольского (с 1933 по 1960 г.), на 294 случая доброкачественных опухолей тонкой кишки аденом было 41. Staemmler (1924) на 1700 вскрытии обнаружил 116 полипов желудочно-кишечного тракта, из них 90% в толстой кишке и только 10% — в тонкой. По сводным данным отечественных авторов, приведенным В. И. Якушиным (1955), доброкачественные опухоли тонкой кишки встречаются в 3 раза реже, чем злокачественные, они наблюдаются в 27% случаев. Возраст больных от 20 до 60 лет, с небольшим преобладанием женщин. Наиболее частыми среди доброкачественных опухолей тонкой кишки являются полипы. В основном они исходят из железистых элементов слизистой оболочки тонкой кишки (аденоматозные полипы), но могут возникать и из других тканей кишечной стенки (подслизистой оболочки — фиброзные полипы, сосудистой оболочки — ангиоматозные полипы). Они могут быть одиночными и множественными, могут концентрироваться в одном месте или бывают разбросаны по всей кишке. Нередко полипы тонкой кишки сочетаются с полипами других локализаций.

Клиническая картина полипов тонкой кишки многообразна, она зависит от локализации полипов, размеров, характера роста опухоли, наличия или отсутствия изъязвления. Длительное время полипы тонкой кишки протекают бессимптомно и иногда впервые проявляются в виде острой кишечной непроходимости. В начальных стадиях заболевания симптомы непостоянные и скудные, они могут наблюдаться и при других заболеваниях органов брюшной полости. Больные отмечают метеоризм, отрыжку, тошноту, неустойчивый стул (поносы или запоры). Боли в животе чаще носят схваткообразный характер, локализуются в зависимости от места нахождения образования в эпигастральной области или в области пупка, или в подвздошной области. В одних случаях боли носят приступообразный характер, в других они постоянные. При локализации полипа в подвздошной кишке боли бывают в правой подвздошной области или справа от пупка, при поражении тощей кишки — в области пупка, слева от него или в левой подвздошной области. При высокой локализации опухоли бывает неукротимая рвота. Иногда развиваются явления кишечной непроходимости, вызванные стенозированием, инвагинацией или заворотом

тонкой кишки, перегибом кишечной стенки, тогда при обследовании выявляется «шум плеска» и урчание. Кишечная непроходимость нередко развивается внезапно на фоне кажущегося благополучия, а затем появляются признаки перемежающейся непроходимости кишечника. Для полипов тонкой кишки наиболее характерна непроходимость на почве инвагинации (К. Т. Овнатяня, 1964). По мнению А. М. Тарнопольского (1966), в возникновении инвагинации играет роль не только величина полипа, но и спазм кишечной стенки в месте патологического очага с последующей инвагинацией спазмированного участка в дистальный отдел кишки. На основании анализа данных литературы и собственных наблюдений А. М. Тарнопольский разделил все доброкачественные опухоли тонкой кишки по клиническим проявлениям на 4 группы: 1) опухоли, проявляющиеся симптомокомплексом острой кишечной непроходимости; 2) опухоли, выявляющиеся в результате их роста или изъязвления (прощупываемая опухоль, кишечные кровотечения); 3) опухоли, проявляющиеся клинически частичной или интермиттирующей кишечной непроходимостью; 4) бессимптомно протекающие опухоли. В клиническом течении доброкачественных опухолей тонкой кишки можно выделить три периода: латентный (длится неопределенно долгое время), продромальный (выражен не у всех больных), период выраженных клинических явлений. При наличии полипа в верхних отделах тощей кишки развивается картина высокой тонкокишечной непроходимости. Если препятствие локализуется в нижних отделах, то развиваются явления низкой тонкокишечной непроходимости. Кровотечение является частым осложнением. По данным А. И. Мирзаева (1973), кровотечения бывают в 30% случаев. Многие авторы считают кишечное кровотечение патогномичным для доброкачественных опухолей (И. П. Изотопов, 1958; П. Ф. Яцковец, 1961, и др.). Несмотря на отсутствие характерных симптомов для полипов тонкой кишки, во многих случаях, на основании данных анамнеза и клинического обследования, можно предположить наличие этого заболевания с тем, чтобы целенаправленно обследовать больного. При этом выясняется, что многие больные отмечают в той или иной степени выраженный кишечный дискомфорт. Иногда у больных наблюдаются спазматические кратковременные боли в животе, рвота, запоры, кишечные кровотечения. В некоторых случаях пальпируются опухолевидные образования в брюшной полости. При спазматических болях иногда прослеживается видимая на глаз перистальтика и выявляется «шум плеска».

Нередко доброкачественные опухоли протекают бессимптомно. Из лабораторных исследований имеет значение копрологический анализ на скрытую кровь.

Тщательное рентгенологическое исследование позволяет диагностировать опухоли тощей кишки в 85% и опухоли подвздошной кишки в 67% случаев. Рентгенологический метод эффективен в 92,3% случаев (Pridgen, Mayo, Dockerty, 1950). Для этого можно пользоваться разными рентгенологическими методами:

1. Метод, основанный на наблюдении за естественным продвижением контрастной взвеси по тонкой кишке.
2. Метод, при котором используются различные ускорители продвижения контрастной массы по тонкой кишке, и тогда все исследование можно провести за 1—1,5ч (вместо 4—6ч).
3. Исследование тонкой кишки в условиях гипотонии. Релаксация стенки тонкой кишки достигается путем введения 2 мл 0,1% раствора атропина и 4—10—15 мл 10% раствора хлорида кальция или глюконата кальция.
4. Метод исследования тонкой кишки с использованием зонда. При рентгенологическом исследовании полипы определяются в виде округлых «дефектов наполнения» с четкими ровными контурами.

Дифференциальную диагностику нужно проводить с различными заболеваниями кишечника и главным образом с хроническим энтеритом и туберкулезом тонкой кишки (Ю. А. Ратнер, 1962). Радикальным методом лечения полипов тонкой кишки является оперативное вмешательство. Методом выбора является резекция пораженного участка тонкой кишки вместе с брыжейкой. По сборной статистике, приведенной В. И. Якушиным (1965), среди 210 больных с доброкачественными опухолями тонкой кишки операции подверглись 158. Ре-секция кишки была выполнена у 135, из них умерли 23 (17%), паллиативные операции—у 2, иссечение опухоли—у 16, из них умерли 2 (12,5%). У 5 больных характер операции не указан.

Средняя послеоперационная летальность, по данным разных авторов, при операциях по поводу полипов тонкой кишки равна 15,82%, а при резекции кишки— 14,28%. Высокая летальность часто связана с тем, что операция у больных производится по поводу инвагинации с выраженным разлитым перитонитом. При своевременной диагностике и раннем оперативном вмешательстве процент неблагоприятных исходов может быть значительно снижен.

При небольших доброкачественных полипах на ножке можно производить энтеротомию и иссечение новообразования тонкой кишки.

5. ПОЛИПЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Полипы довольно часто встречаются в детском возрасте между 3 и 7 годами и совершенно независимо от воспалительных процессов. Первые сообщения о полипах толстой кишки у детей сделал Lieutand в 1760 г. (пит. по И. С. Венгеровскому, 1936). Аденоматозный полип у 7-летнего мальчика описал в 1874 г. К. Н. Покотилев. И. С. Венгеровский (1936) опубликовал материал за 10 лет о 73325 амбулаторно принятых больных детях в Детской поликлинике имени Н. Ф. Филатова (1925—1935), из которых у 206 (0,28%) были обнаружены полипы прямой кишки. Автор описал их клиническую картину. По данным М. Н. Степановой (1952—1957), в Московский областной научно-исследовательский институт имени М. Ф. Владимирского (МОНИКИ) обратилось 66 детей, страдавших полипами, что составляет 3,75% всех детей, лечившихся в хирургическом отделении. Andren, Frieberg (1959) установили, что 28% детей и 30% юношей страдают полипами прямой кишки. Э. Ф. Коррель (1956) сообщил, что из 302 обследованных им детей с аденоматозными полипами у 91% отмечалась глистная инвазия и у 22% — дизентерия. На основании этого он сделал вывод о том, что, возможно, одним из этиологических факторов возникновения полипов прямой кишки является глистная инвазия и лямблиоз. Паразитарная инвазия возрастает с 3 до 6 лет. Заболеваемость полипами в этом возрасте также увеличивается. Таким образом, одним из факторов, предшествующих появлению полипов прямой и сигмовидной кишок у детей, являются воспалительные процессы в кишечнике. В дальнейшем многократные повторные повреждения слизистой оболочки твердыми каловыми массами на фоне хронических воспалительных участков вызывают очаговые пролиферативные реакции с образованием избыточных стойких эпителиальных разрастаний.

Значение травматизации подтверждается тем, что полипы у детей, как и у взрослых, часто развиваются вблизи физиологических сужений и изгибов желудочно-кишечного тракта: кардия, привратник, селезеночный угол, прямая и сигмовидная кишки.

Патоморфологическая характеристика аденоматозных полипов прямой и сигмовидной кишок у детей не представляет никаких особенностей. Эти полипы являются доброкачественными аденомами либеркюновых желез. Полипы у детей могут озлокачествляться. На возможность малигнизации полипов у детей указывали Г. М. Мелик-Багдасаров и С. Д. Лемберанская (1963), которые удалили у ребенка раковую опухоль сигмовидной кишки, по их мнению, развившуюся из полипа, однако Э. Ф. Коррель (1965) ни в одном из 364 препаратов аденоматозных полипов, удаленных у детей, не отметил картины малигнизации и ни разу не видел изъязвления полипов.

Наиболее часто полипы наблюдаются у детей в возрасте от 3 до 8 лет, чаще в 5-летнем возрасте. Мальчики и девочки заболевают одинаково часто (С. Д. Терновский, 1949), но по другим данным мальчики болеют чаще, чем девочки. Так, по данным Э. Ф. Корреля, больных мальчиков было 179 (59%), а девочек—124 (41%).

Самым ранним симптомом полипа прямой кишки у детей является выделение крови при дефекации, сначала редко, а в дальнейшем выделение крови становится постоянным, в виде алых капель или полосок на оформленных каловых массах. Кровь обычно выделяется сразу после дефекации или с последним кусочком кала.

Иногда на фоне полного здоровья появляется обильное кровотечение, которое заметно ухудшает общее состояние ребенка и приводит к анемии. Такое обильное кровотечение иногда связано не с изъязвлением полипа, а с разрывом или отрывом его. При отрыве полипа кровотечение может быть кратковременным, а при разрыве длительным, требующим хирургического вмешательства. Когда полип становится крупным, с испражнениями появляются выделения слизи. При наличии катарального воспаления слизистой оболочки при полипозе из прямой кишки может выделяться большое количество слизи, а при сопутствующем проктите появляются тенезмы и возможны гнойные выделения. Воспалительные явления могут исчезнуть при проведении профилактического курса лечения дизентерии. Выделение слизи и гноя прекращается, но примесь крови в кале остается постоянно, и это должно обратить на себя внимание педиатра и послужить основанием для направления ребенка к хирургу.

По мере развития патологического процесса к кровотечениям и выделению слизи присоединяются боли и ложные позывы к дефекации, особенно когда крупный полип сидит на длинной ножке. Отмечается нарушение функции кишечника, частый жидкий стул или

чередование запоров и поносов, боли внизу живота и в области заднего прохода. Дети до 8—10 лет часто не могут указать место локализации боли. Иногда наблюдается выпадение полипа через задний проход. Чаще выпадают крупные полипы, это повторяется при каждом акте дефекации и требует вправления полипа рукой. Иногда полип самопроизвольно вправляется в прямую кишку. При ущемлении полипа он может оторваться, и тогда наступает самоизлечение.

По наблюдениям С. И. Удлера (1974), самопроизвольный отрыв полипа произошел у 10 детей из 239. Необходимо отметить, что дети, длительно болеющие полипами, часто бывают раздражительны, плаксивы, плохо спят и быстро утомляются. Полипы прямой кишки у детей чаще бывают одиночными, так Э. Ф. Коррель наблюдал одиночные полипы у 263 детей, а локализованный полипоз — у 39 (от 2 до 10 полипов), диффузный полипоз — у 2 детей. По локализации 90% полипов располагались на протяжении первых 10 см от ануса и особенно часто на переходной складке и в верхнеампулярной части (185 больных). В нижнеампулярной части полипы были у 66 детей, у 12—в сигмовидной кишке, у 16—в прямой и сигмовидной кишке. Располагаются полипы обычно на задней или на боковых стенках прямой кишки.

Диагностика полипов толстой кишки у детей

Ребенка с кровотечением из прямой кишки необходимо всесторонне обследовать и только после этого перейти к проктологическим методам исследования. Э. Ф. Коррель (1965) рекомендовал следующую схему обследования больного ребенка: анамнез, общий осмотр по органам и лабораторные данные, наружный осмотр заднего прохода, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия и осмотр прямой кишки с помощью ректальных зеркал, рентгенологическое исследование гистологическое исследование удаленного полипа.

Необходимо отметить особенности пальцевого исследования прямой кишки у детей младшего возраста (до 10—12 лет). После двукратной очистительной клизмы ребенка укладывают на стол на левый бок и просят поджать ноги к животу. Помощник, стоящий с левой стороны стола, одной рукой держит ноги за нижнюю треть бедра, другой рукой фиксирует спину ребенка на уровне локтя. Хирург становится справа от стола со стороны спины больного. Ребенка предупреждают, что будет сделана клизма и сразу вводят в анальное отверстие указательный палец правой руки. Боковой поверхностью пальца производят скользящее движение по стенкам прямой кишки. Ножка полипа, попадая под палец, натягивается и полип прижимается к стенке, при этом палец ощущает преграду для дальнейшего продвижения в виде слегка подвижного округлого образования. При этом ясно ощущается, что слизистая оболочка прямой кишки не переходит на это образование. После исследования прямой кишки палец вводят возможно глубже, захватывая переходную складку и оттягивая ее книзу. Производя исследование дистального отдела сигмовидной кишки, хирург левой рукой нажимает через переднюю брюшную стенку на область кишки с целью максимального низведения последней.

Ректороманоскопия существенно дополняет пальцевое исследование. Подготовку ребенка к ректороманоскопии осуществляют как и у взрослых, но, кроме очистительной клизмы, рекомендуется назначить легкое слабительное (5—10% раствор сульфата магния) для усиления перистальтики, которая выталкивает полип в прямую кишку. Поддувание воздуха при ректороманоскопии должно быть минимальным, чтобы не сместить полип кверху.

Особенностью ректороманоскопии у детей является то, что это исследование иногда приходится осуществлять под наркозом из-за беспокойного поведения ребенка или длительного спазма сигмовидной кишки. У детей в возрасте 1—2 лет ректороманоскопию легко и безопасно производят инструментами, предназначенными для более старших детей. Для детей в возрасте до 12 лет положение на спине является самым удобным при ректороманоскопии.

Для выяснения протяженности поражения необходимо произвести рентгенологическое исследование всего желудочно-кишечного тракта. Следует отметить, что рентгенодиагностика полипов прямой кишки у детей трудновыполнима вследствие беспокойного поведения ребенка. Кроме того, рентгенологическое исследование мало информативно, а само облучение небезразлично для ребенка и поэтому нецелесообразно. Исследование с помощью ректальных зеркал у детей болезненно и поэтому иногда проводится под наркозом, оно бывает необходимо для исключения трещин и язв в глубине ректальных синусов. Диагноз становится несомненным при выпадении полипа из прямой кишки.

Дифференциальная диагностика полипов прямой кишки у детей. Полипы прямой кишки у детей чаще приходится дифференцировать с колитами, хронической дизентерией, другими опухолями прямой кишки и трещинами заднего прохода.

По анамнезу и клиническим проявлениям хронический колит очень напоминает клинику полипа: иногда появляются тенезмы при испражнениях, в кале появляется примесь крови и слизи. При пальцевом исследовании прямой кишки на задней и боковых стенках пальпируются увеличенные лимфатические узлы, которые могут иметь форму полипа, но в отличие от полипа лим-

фатический узел нельзя охватить пальцем, он мало подвижен по сравнению с полипом и над ним имеется гладкая неизменная слизистая оболочка. В некоторых случаях слизистая оболочка истончена. При множественном увеличении лимфоидных фолликулов слизистая оболочка напоминает полипозно-измененную и может быть принята за голипоз кишечника, что иногда называют «полипозным колитом» (Dukes, 1940).

Дифференциальная диагностика основывается на том, что при колите слизистая оболочка имеет вид шагреновой кожи, выпячивания ее равномерны и не превышают 1 мм в диаметре. При пальпации живота отмечается болезненность по ходу всей толстой кишки, сигмовидная кишка спастически сокращена и пальпируется в виде тонкого болезненного тяжа, а при ощупывании слепой кишки определяется урчание. Кожа вокруг заднего прохода гиперемирована. При полипе прямой или сигмовидной кишки у больного имеется не понос с кровью, как при колите, а примесь крови к нормальным испражнениям.

Хроническая дизентерия диагностируется на основании вида испражнений, которые у детей до 5—6 лет могут напоминать диспепсические и содержат не постоянно примесь слизи и крови. При ректороманоскопии у больных дизентерией имеется диффузный отек и гиперемия на всем протяжении слизистой оболочки, которая легко кровоточит; иногда имеются эрозии, язвы и рубцы. При трещинах заднего прохода всегда возникает сильная боль при дефекации, а пальцевое исследование прямой кишки чрезвычайно болезненно, что не бывает при полипах.

При диффузном полипозе обычно страдает общее состояние ребенка. В связи с постоянными выделениями крови у больного развивается анемия. Стул частый, содержит слизь и кровь. При пальцевом исследовании и ректороманоскопии слизистая оболочка прямой и сигмовидной кишок сплошь покрыта полипами разной величины и формы, причем крупные полипы мягкоэластической консистенции, а мелкие — плотнoэластической консистенции. В этих случаях рентгенологическое исследование совершенно необходимо.

Дифференциальная диагностика проводится также с другими доброкачественными опухолями прямой кишки (липомы, миомы, гемангиомы и др.), но у детей они встречаются очень редко. Злокачественные новообразования прямой и сигмовидной кишок у детей чрезвычайно редки и относятся к казуистике (А. С. Оганесян, 1949; Л. Е. Богданова, 1960).

Лечение полипов толстой кишки у детей

У детей применяют хирургическое лечение полипов прямой и сигмовидной кишок с использованием тех же методов, что и у взрослых, но операции у взрослых и детей не должны быть идентичными ввиду анатомо-физиологических особенностей последних (Э. Ф. Коррель, 1965). Особенности подготовки к операции больных детей с полипами и послеоперационного ведения заключаются в следующем: кроме очистительной клизмы накануне вечером, в день операции ребенку ставят две клизмы с 5% гипертоническим раствором хлорида натрия. После операции ребенок соблюдает в течение одного дня постельный режим или относительный покой (не бегать, не поднимать никаких тяжестей), а на следующий день при отсутствии жалоб рекомендуется активное поведение. Положение больного при выполнении операции, как при пальцевом исследовании прямой кишки. Полип выводят пальцем из заднепроходного отверстия, ножку перевязывают шелковой лигатурой и отсекают, а культю смазывают 2% спиртовым раствором йода. В случае возникновения обильного кровотечения, его останавливают тампонадой с 5% раствором хлорида кальция и переливают кровь. При невозможности вывести полип пальцем в заднепроходное отверстие рекомендуется операция под наркозом с введением ректального зеркала и растягиванием сфинктера заднего прохода. При перевязке короткой ножки полип не отсекают, так как он отпадает сам на следующий день во время дефекации. Иногда ножку полипа прошивают под зажимом и перевязывают.

К сожалению, этот метод невозможно применить для удаления полипов из сигмовидной кишки. Трансанальное удаление полипов, расположенных на высоком уровне у детей, усовершенствовал С. И. Удлер (1974). Такой метод удаления полипов через прямую кишку автор назвал операцией низведения полипа с наложением лигатуры и отсечением (расстояние от ануса 5—13 см).

Техника этой операции заключается в следующем:

больного укладывают на левый бок с приведенными к животу ногами. Вводят ректоскоп и через него щипцы от бронхоскопического набора, которыми захватывают полип. Под контролем зрения осторожно выводят ректоскоп и одновременно подтягивают щипцы с полипом. За счет высокой подвижности стенки и слизистой оболочки прямой кишки полип сравнительно легко низводится до анального кольца. После выведения ректоскопа из ануса, сразу же в прямую кишку вводят ректальное зеркало и анус растягивают настолько, чтобы стало видно основание ножки

полипа. Последнюю захватывают зажимом и удаляют щипцы. Слизистую оболочку у основания полипа обрабатывают 1 % спиртовым раствором йода, слегка натягивают ножку полипа, на ее основание накладывают тугую кетгуттовую или шелковую лигатуру, ниже которой ножку пересекают и удаляют полип. Пересечение ножки полипа лучше делать электроножом.

В период с 1965 по 1971 г. автор оперировал таким методом 25 больных детей в возрасте от 3 до 14 лет. Расстояние полипов от ануса было от 5 до 13 см. У 12 детей полипы удалены без обезболивания, а у 13—под наркозом. Ректороманоскопический контроль был осуществлен через 1,5—2 мес—наступило полное заживление ранки после удаления полипа. Рецидивов через 3 года не было.

Удаление полипа прямой кишки путем отрыва по Мангейму

У детей полипы отрываются легко самопроизвольно во время прохождения плотных каловых масс или во время манипуляций: при пальцевом исследовании, при ректороманоскопии и после гипертонической клизмы. На месте отрыва полипа образуется дефект слизистой оболочки размером 0,2—0,4 см, незначительное кровотечение останавливается самостоятельно в ближайшие 30 мин после удаления полипа. В подавляющем большинстве случаев при отрыве полипа по методу Мангейма не может возникнуть профузное кровотечение, так как в ножке полипа имеются лишь мелкие кровеносные сосуды, но если остаются кусочки ткани полипа, то возможно кровотечение. Операция безболезненна и не требует обезболивания. Удаление полипа прямой кишки с иссечением окружающей слизистой оболочки у детей трудновыполнимо, из-за малых размеров ануса и прямой кишки. Операция проводится под наркозом. После растяжения сфинктера полип захватывают инструментом и производят овальное иссечение слизистой оболочки, отступя на 0,5 см от основания ножки. Операция часто сопровождается кровотечением, а чрезмерное растяжение сфинктера может вызвать у детей недержание газов и кала. Этот метод у детей применяют редко, так как в послеоперационном периоде бывают часто осложнения. Иссекать слизистую оболочку нецелесообразно еще и потому, что ножка полипа представляет собой участок нормальных слизистого и подслизистого слоев кишки, поэтому перевязка ножки с последующим отсечением полипа по существу представляет собой иссечение полипа в пределах здоровой слизистой оболочки (Э. Ф. Коррель, 1965).

Электрокоагуляция полипов

Электрокоагуляцию полипов у детей производят под наркозом и применяют в основном для лечения солитарных полипов сигмовидной кишки и полипов на широком основании, а также при множественном полипозе. После отжигания полипа ребенку рекомендуется постельный режим в течение 3—5 дней и назначается щадящая диета.

Во всех случаях удаления полипов у детей необходимо помнить, что прямая кишка, особенно у маленьких детей, на расстоянии 7—8—10 см от ануса покрыта брюшиной и располагается в брюшной полости. Поэтому глубокое и неосторожное выжигание полипов может привести к раздражению брюшины и перфорации кишки. Консервативное лечение детей с аденоматозными полипами путем назначения клизм с чистотелом неэффективно. Так, Э. Ф. Коррель у 60 детей применил этот метод без положительных результатов. При множественном локализованном полипозе показана резекция пораженных сегментов прямой и ободочной кишок. При изучении отдаленных результатов лечения полипов прямой кишки у детей отмечено возникновение рецидивов в 7—10% случаев (Г. М. Мелик-Багдасаров, С. Д. Лемберанская, 1962, и др.). Э. Ф. Коррель (1965) проследил отдаленные результаты оперативного лечения полипов прямой кишки у 226 детей и вновь обнаружил полипы у 17 (7,5%), из них у 6 полипы развились на месте ранее удаленных, т. е. были рецидивными, а у 11 полипы были обнаружены на новом месте.

На основании приведенных данных можно сделать заключение о том, что более щадящим методом лечения доброкачественных полипов прямой кишки у детей является отсечение полипа с предварительной перевязкой его ножки у основания.

ЛИТЕРАТУРА

Адамович А. М. Устройство для удаления полипов желудка через гастродифиброскоп. — «Здравоохран. Белоруссии», 1974, № 5, с. 83—84.

- Аминев А. К.* Новое направление в изучении и лечении полипоза толстой кишки. — В кн.: Элементы проктологии. Вып. 6. Куйбышев, 1971, с. 3.
- Аминев А. М., Мордовии. С. Д.* Редкие формы полипоза толстой кишки. — «Хирургия», 1976, № 10, с. 85—87.
- Апраткина В. М., Краснощекова И. П.* Случаи полипоза тонкой кишки с озлокачествлением. — «Вести, рентгенол.», 1974, № 4, с. 82—83.
- Баранова А. Е.* Множественные полипы тонкой кишки. — «Вести, рентгенол.», 1973, № 2, с. 98—100.
- Бегунов И. В., Гинзбург Г. А.* К вопросу о тактике при полипах желудка.—В кн.: Вопросы организации онкологической помощи. Свердловск, 1975, с. 126—128.
- Берегов Ю. Е., Сотников В. Н., Пономарев В. Г.* Полипэктомия через гастроскоп. — «Вестн. АМН СССР», 1975, № 4, с. 90—95.
- Васильев Ю. В., Матвеев Н. К.; Гуляев В. В.* Удаление полипов пищевода с помощью эндофиброскопа. — «Грудная хир.», 1977, № 1, с. 109.
- Вольфсон ff, И., Соколовский Р. М.* Экспериментальные аденоматоз-ные полипы желудка. — «Вопр. онкол.», 1971, № 10, с. 92—94.
- Гастроскопическая диагностика опухолей желудка в условиях поликлиники.* — «Вестн. хир.», 1974, № 9, с. 3—7. — Авт.: С. И. Бабичев, Б. С. Брискин, В. С. Комаровский, В. Б. Фомин.
- Голубев В. А.* Роль гастроскопии в комплексной диагностике и наблюдении больных с полипами желудка. Дис. канд. М.; 1976.
- Гуляхин М. Ф., Царев Б. М.* Опыт хирургического лечения диффузного полипоза толстой кишки. — В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии. М., 1975, с. 109—111.
- Денисенко Ю. В.* Удаление полипов толстой кишки при колонофиброскопии. — «Вестн. хир.», 1976, № 11, с. 45—50.
- Диагностика и лечение аденоматозных полипов прямой и толстой кишок.*—«Сов. мед.», 1976, № 10, с. 126—130.—Авт.: А. В. Григорян, Э. В. Луцевич, И. Н. Белов, Н. Е. Нефедов.
- Диагностика и лечение доброкачественных опухолей пищевода.* — В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии. М., 1975, с. 107—109. — Авт.: М. Ф. Гулякин, Г. В. Нетесин, Б. М. Царев, В. Т. Червоняк.
- Диагностика и лечение мелких полипов желудка с помощью био-псионного гастрофиброскопа.* — «Клин. хир.», 1975, № 9, с. 1—5 Авт.: Л. В. Авдей, Н. Е. Фолипович, А. М. Адамович, Г. А. Берлов.
- Диффузный полипоз толстой кишки как предрак.* — «Вести, хир.», 1976, № 6, с. 48—52.- Авт.: В. Д. Федоров, А. М. Никитин, А. А. Протасевич, А. П. Капуллер.
- Зеленский М. И.* Диагностика малигнизированных полипов желудка — В кн.: Актуальные вопросы современной медицины. Новосибирск, 1974, с. 121—123.
- Инишаков Л. Н., Исмаилова А. А.* Гастрофиброскопия в диагностике предраковых заболеваний и рака желудка. — «Труды Казахского НИИ онкологии и радиологии», 1972, № 8, с. 174—178.
- Кожевников А. И., Кожевникова И. Н., Постников В. Н.* Клинико-морфологические критерии малигнизации полипов толстой кишки. — «Хирургия», 1971, № 5, с. 98—103.
- Колоноскопия в диагностике и лечении новообразований толстой кишки.* — «Клин. мед.», 1976, № 3, с. 57—62. — Авт.: В. Д. Федоров, А. Г. Покровский, В. П. Стрекаловский, А. И. Кузьмин.
- Левин В. Н.* К морфогенезу аденоматозных полипов толстой кишки.—«Вопр. онкол.», 1973, № 12, с. 81—83.
- Лещенко Ф. И., Синокова З. Н.* Диффузный полипоз толстой кишки. — В кн.: Клиническая рентгенология. Вып. 6. Киев, 1975, с. 82—84.
- Лопатинский В. Б.* О доброкачественных опухолях тонкой кишки. — «Клин. хир.», 1975, № 4, с. 73—74.
- Лукиных А. К.* Зависимость малигнизации полипозных аденом желудка от их количества и локализации. — «Клин. мед.», 1977, № 2, с. 35—41.
- Лукомский Г. И., Березов Ю. Е.* Эндоскопическая техника в хирургии. М., «Медицина», 1967, 399 с.
- Лурье А. С., Капралов В. Н.* Доброкачественные опухоли пищевода. — «Хирургия», 1972, № 11, с. 140—145.
- Малиновский Н. Н., Старикова В. 5., Феноменов А. М.* Эндоскопия кишечника. — «Хирургия», 1974, № 11, с. 120—127.

- Мареев Ю. С. Газетов Б. М., Гусев А. С. Колоскопия.* — «Клин. хир.», 1975, № 7, с. 80—85.
- Мельников Р. А.* Профилактика рака желудка.— В кн.: «Профилактика злокачественных опухолей. Л., 1974, с. 204—213.
- Мизирева Т. Н.* Результаты хирургического лечения полипоза желудка. — «Вопр. онкол.», 1964, № 9, с. 92—94.
- Мордовин С. М.* Клинические проявления полипоза и полипов толстой кишки и «группы риска». — «Вопр. онкол.», 1976, № 5, с. 25—28.
- Некоторые аспекты патогенеза полипоза толстой кишки.* — В кн.: Хирургия ободочной кишки. Уфа, 1976, с. 56—57. — Авт.: Ю. И. Малышев, Е. Н. Каторкин, В. С. Крамерь, Г. П. Пытьева.
- Осложнения при эндоскопическом исследовании пищевода и желудка.* — «Клин. мед.», 1976, т. 54, № 10, с. 46—50. — Авт.: Л. Н. Иншаков, И. И. Воронцов, Е. Э. Джумашев, А. А. Исмаилова.
- Панцырев Ю. М., Галлингер Ю. И.* Способы эндоскопического удаления полипов. — «Сов. мед.», 1976, № 2, с. 111—116.
- Парахоняк В. И.* Право- и левосторонняя гемиколэктомия с илеоко-лоректопластикой при распространенном множественном полипозе толстой кишки. — «Казанск. мед. журн.», 1975, № 3, с. 53—55.

Дополнения:

Журнал «Вестник Хирургии» №10-1979

Проф. В. П. Петров, Ю. В. Киселев, Ю. Н. Саввин и Ю. В. Синева

ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРОЭНДОСКОПОВ С ЛЕЧЕБНОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневского

Внедрение фиброволоконной оптики не только значительно расширило возможности диагностической эндоскопии желудочно-кишечного тракта, но и привело к разработке ряда новых лечебных методов [3, 6, 7, 9, 13]. В Центральном военном клиническом госпитале им. А. А. Вишневского произведено 8225 эндоскопических исследований желудочно-кишечного тракта. Лечебную эндоскопию мы стали применять 2 года назад. За это время первично обследовано 2916 больных. Патологические изменения, подлежащие лечению через фиброэндоскоп, обнаружены в желудке у 202 (6,9%) и в толстой кишке—у 212 больных (7,2%). Лечебные мероприятия выполнены у 257 больных (8,8%) (табл. 1).

Таблица 1

Диагностическая и лечебная фиброэндоскопия желудочно-кишечного тракта

Показатель применения фиброэндоскопов	Желудок	Толстая	Всего
Обследование	2121	795	2916 больных
Обнаружены полипы	83	208	291 больной
Обнаружены «полные» эрозии	104	--	104 больных
Удалены полипы	68	97	165 »
Количество удаленных полипов	502	162	664 полипа
Лечение «полных» эрозий	73	---	73 больных
Гемостаз через фиброэндоскоп	15	2	17 »
Устранение обтурации толстой кишки через фиброэндоскоп	----	2	2 »

В последние годы наряду с традиционными хирургическими методами лечения все шире применяется удаление полипов через фиброэндоскоп [2, 3]. По нашим данным, при гастродуоденофиброскопии полипы в желудке обнаружены у 83 больных (3,9% первично обследованных), из них у 68 (82%) они удалены через эндоскоп. Полипы в толстой кишке при фиброэндоскопии обнаруживаются у 4—26% больных [1, 6, 8, 11]. Из 795 первично обследованных больных мы нашли полипы в толстой кишке у 208 (26,2%), из них у 97 (46,6%) произведено удаление полипов через фиброэндоскоп.

Показаниями к удалению полипа желудочно-кишечного тракта являются подозрение по внешнему виду на малигнизацию его, кровотечение из него, расположение полипов в культе желудка, а также в оставшихся сегментах толстой кишки после резекции.

Четких показаний к удалению полипов через эндоскоп в зависимости от размеров и гистологического строения их в настоящее время еще нет. Очень многое зависит от опыта и возможностей врача-эндоскописта.

Мы считаем, что удалению через фиброэндоскоп подлежат полипы диаметром более 3 мм, но не более 3 см, имеющие выраженную ножку. Полипы размерами менее 3 мм не подлежат удалению, при величине полипа более 3 см необходимо делать операцию. Только очень опытные эндоскописты могут решиться удалять полипы размером более 3 см. К полипам на широком основании, даже если их диаметр меньше 3 см, следует относиться с большой осторожностью. По нашему мнению, полипы на широком основании размером более 2 см подлежат оператив

ному лечению. В некоторых случаях большие полипы на ножке могут быть удалены методом кускования. Как видно из табл. 2, в толстой кишке почти 26% полипов имели диаметр более 1 см, а 9%—более 2 см. В желудке чаще встречались мелкие полипы.

Противопоказанием к удалению полипов через фиброскоп может быть тяжелое общее состояние больного с выраженной сердечно-легочной недостаточностью. Нецелесообразно удалять полипы желудка при обострении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а полипы толстой кишки—при обострении хронического колита, при острых заболеваниях прямой кишки и параректальной клетчатки, при остром геморрое. Пожилой возраст не является противопоказанием к операции. Среди наших больных было 55,1% в возрасте 60 лет и старше, а 17,5% — в возрасте 70 лет и старше.

Таблица 2 Размеры удаленных полипов

Размер полипов, см	Количество полипов		Итого
	В желудке	В толстой кишке	
0,4 и меньше	102	56	158
0,5-1	359	63	422
1,1-2	34	28	62
2,1 и более	7	15	22
Всего	502	162	664

У многих больных при эндоскопическом исследовании обнаруживали групповой или множественный полипоз, и у них приходилось удалять по несколько полипов. Так, у 68 больных удалено 502 полипа желудка, из них только у 25—одиночные, у 25 больных удалено от 2 до 10 полипов, у 14—от 11 до 20, у 4—от 21 до 40 полипов. У 97 больных с поражением толстой кишки удалено 162 полипа, в том числе у 53 — по одному, у 44 — от 2 до 10 полипов.

Из 502 удаленных полипов 480 располагались в желудке, в том числе 12 (2,5%) в кардиальном отделе, 189 (39,3%) — в теле и 279 (58,2%) — в антральном отделе. У одного больного произведена полипэктомия из луковицы двенадцатиперстной кишки. У 8 больных удален 21 полип из культи желудка после его резекции по поводу рака или язвы, причем 18 полипов располагались в области желудочно-кишечного анастомоза. Полипы толстой кишки локализовались главным образом в левой половине: из прямой кишки удалено 14 полипов, из сигмовидной—91, из нисходящего отдела—10, из поперечной ободочной кишки — 36, из восходящего отдела — 3, из слепой кишки — 8 полипов. Для удаления полипов мы пользовались различными типами операционных и смотровых эндоскопов японских и американских фирм Olympus и АСМ1. Лучшее впечатление оставляют японские эндоскопы: они имеют хорошую оптику, углы изгиба дистального конца до 360°, биопсийный канал диаметром 5 мм (аппарат TCF-is), дополнительное устройство для смыва линз через биопсийный канал (LB-3, MB-3). Для удаления полипов через фиброэндоскоп мы применяли различные методики (табл.3). Наиболее совершенным и целесообразным способом удаления полипов является электроэксцизия петлей через операционный эндоскоп. Техника этой манипуляции заключается в «набрасывании» петли на полип, подтягивании его и опускании петли на его основание, затягивании петли и отжигании полипа. Большие трудности представляет удаление таким способом полипов на широком основании. Методом электроэксцизии удалено 72 полипа из толстой кишки и 19 полипов из желудка. Эксцизию полипа петлей без коагуляции применяли у 68 больных при полипах размером не более 5 мм и имеющих ножку. Преимуществом ее является то, что полип удаляется и может быть подвергнут гистологическому исследованию. Мы ни разу не наблюдали выраженного кровотечения после такой манипуляции, а опасность перфорации кишки при этом полностью отсутствует. В первые годы распространенным методом была электрокоагуляция полипа. В настоящее время этот способ применяют главным образом для удаления полипов размером не более 0,5 см. Основным недостатком его является полное уничтожение полипа, и поэтому применять его можно только после предварительной биопсии.

Таблица 3 Виды лечебной эндоскопии

Лечебное пособие	Желудок	Толстая кишка	Всего
Электроэксцизия полипов	19	72	91
Эксцизия полипов без коагуляции		68	68
Электрокоагуляция полипов	483	13	496
Коагуляция по Вильямсу		3	3
Электрокоагуляция путем ускования	73	6	6
Коагуляция «полных» эрозий	15	—	73
Остановка кровотечения		2	17
Устранение обтурации толстой кишки	---	2	2

Таблица 4

Гистологическое строение извлеченных полипов

Гистологическое строение полипов	Полипы желудка	Полипы толстой кишки	Итого
Гиперпластические		9	9
Железистые	15	24	39
Железисто-ворсинчатые		27	27
С атипией эпителия		14	14
Местный рак		8	8
Рак в полипе		4	4
Гистиоцитомы	1	---	1
Всего	16	86	102

Как и большинство эндоскопистов, мы отрицательно относимся к предварительной биопсии полипов. Гораздо легче для больного одномоментное тотальное удаление полипов с последующим гистологическим исследованием. Коагуляция по Williams [12] производится специальными диатермическими щипцами, которые позволяют брать кусочки опухоли или удалять мелкие полипы с сохранением их гистологического строения. При этом отсутствует опасность последующего кровотечения. У 6 больных полипы толстой кишки диаметром более 3 см удалены методом кускования с электрокоагуляцией. Гистологическому исследованию подвергнуты 102 извлеченных полипа (табл. 4). В большинстве случаев это были железистые и железисто-ворсинчатые полипы, однако у 26 больных (25,5%) обнаружены малигнизированные полипы. Кроме полипэктомии, мы располагаем опытом эндоскопического лечения хронических «полных» эрозий желудка у 73 больных. Известно, что «неполные» эрозии поддаются лекарственному лечению, а «полные» очень устойчивы и, как правило, характеризуются необратимыми изменениями [5, 10]. У нас в госпитале «полные» эрозии обнаружены у 4,9% первично эндоскопически обследованных больных. Лечение их представляет большие трудности. Один из нас (Ю. В. Синев) предложил применять для лечения «полных» эрозий электрокоагуляцию их через фиброэндоскоп и получил при этом хорошие результаты. Гастрофиброскопия при желудочно-кишечных кровотечениях выполнена у 70 больных. В 13 наблюдениях при умеренном кровотечении мы подводили к месту геморрагии эпислон-аминокапроновую кислоту, а в 2 — производили электрокоагуляцию кровоточащего сосуда. У всех больных получен хороший непосредственный результат. Для остановки кровотечения из толстой кишки этот метод использован у 2 больных. У 2 больных с обтурацией толстой кишки опухолью и множественными метастазами место сужения было расширено путем коагуляции опухолевой ткани. При этом удалось временно восстановить проходимость толстой кишки и избавить таких больных от операции и наложения искусственного ануса.

Осложнений после эндоскопических операций на желудке мы не наблюдали. После удаления полипов из толстой кишки у одного больного возникло кровотечение из ложа полипа, остановленное консервативно, и у одного больного наступила перфорация стенки кишки на месте коагуляции, потребовавшая лапаротомии; больной выздоровел.

Сроки наблюдения за больными у нас небольшие. В течение года после операции рецидивов полипов в желудке не было. В толстой кишке у одного больного развился рецидив малигнизированного полипа, вследствие чего ему выполнена радикальная операция.

Выводы

1. Лечебная фиброэндоскопия может применяться для удаления полипов из желудка и толстой кишки, для коагуляции «полных» эрозий желудка, иногда—для подведения гемостатических препаратов и устранения обтурационной толстокишечной непроходимости.
2. Полипы размером до 0,5 см удаляются методом электрокоагуляции или эксцизии без коагуляции. Для удаления полипов больших размеров следует применять электроэксцизию петлей. Полипы на ножке диаметром более 3 см и на широком основании более 1,5—2 см не рекомендуется удалять через фиброскоп.
3. Электрокоагуляция «полных» эрозий желудка приводит к излечению больных от этого страдания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорян А. В., Луцевич Э. В., Белов И. Н. Лечение полипов желудочно-кишечного тракта. — «Вестн. хир.», 1976, № 12, с. 32—35.
2. Луцевич Э. В., Белов И. Н., Нефедов Н. Е. Полипоз пищеварительного тракта и фиброэндоскопия. — «Хирургия», 1977, № 7, с. 38—41.
3. Савельев В. С., Буянов В. М., Корнилов Ю. М. Полипэктомия из желудка и толстой кишки через фиброскоп. — «Вестн. хир.», 1975, № 2, с. 26—30.
4. Синев Ю. В. Лечение «полных» эрозий слизистой оболочки желудка консервативными методами и методом электрокоагуляции через фиброскоп. Автореф. канд. дис. М., 1978.
5. Соколов Л. К., Гавриленко Я. В., Рыжиков В. Н. Эрозивные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки. — «Гер. арх.», 1974, № 4, с. 101—106.
6. Федоров В. Д., Покровский Г. А., Стрекаловский В. П. Колоноскопия в диагностике и лечении новообразований толстой кишки. — «Клин. мед.», 1976, № 3, с. 57—62.
7. Эндоскопия при заболеваниях прямой и ободочной кишки. Атлас. Ред. В. Д. Федоров. М., 1978, с. 183.
8. /О/сына Г. М. Значение колоноскопии в распознавании заболеваний толстой кишки. Автореф. канд. дис. М., 1977.