

Анатомічні особливості розташування поліпа, його великі розміри ми не вважаємо протипоказаннями до ЕПЕ. Можливість виконання ЕПЕ за таких умов залежить від професійного рівня оперуючого лікаря та технічного забезпечення лікувального закладу. Виключенням можуть бути лише гігантські аденоми, які займають більше 3/4 окружності кишки та аденоми з наперед відомим фактом малигнізації в основі поліпа, коли ендоскопічна поліпектомія є методом вибору.

Залишається дискусійним питання, щодо аденом із завчасно відомим фактом наявності малигнізації. Ми притримуємося активної тактики відносно такого роду патології, як і більшість зарубіжних авторів, яка полягає в виконанні ендоскопічної резекції слизової разом з пухлиною та подальшому поглибленому ендоскопічному контролю у післяопераційному періоді. Виключенням є наявність інвазії аденокарциноми в м'язовий шар стінки кишки або наявність метастазів. До ознак можливої інвазії ми відносимо: наявність втягіння на поверхні поліпа, ригідність, відсутність вільної рухливості пухлини відносно стінки кишки, а також фіксованість поліпа підчас гідрорепакування. За таких умов хворому показане виконання оперативного втручання за онкологічними принципами. Виконання шпигевої біопсії поліпів товстої кишки, з метою виявлення малигнізації поліпа, є недоцільним, неінформативним та несе за собою великий ризик виникнення кровотечі. Даний факт підтверджується дослідженнями, згідно яких, чутливість різних методик щодо малигнізації новоутворень товстої кишки представлена наступним чином: візуальна діагностика — 82-85%, морфологічна верифікація за результатами шпигевої біопсії — 45-60%, ендоскопічна ультрасонографія — 92-95%. Найбільш інформативною в даному випадку є ексцизійна біопсія при виконанні ЕПЕ, яка дозволяє в цілому дослідити видалену пухлину.

#### Висновки

Диференційований підхід до відбору хворих на виконання ендоскопічної поліпектомії з товстої кишки з чітким формулюванням показань до виконання втручання та всебічне передопераційне обстеження направлено на виявлення протипоказань до виконання ендоскопічної поліпектомії дозволяє зменшити кількість непотрібних операцій та у подальшому з профілактикою ускладнень значно знизити кількість, як поза кишкових, так і місцевих ускладнень даного оперативного втручання.

#### Література

1. Блохин А.Ф., Вахлаков А.Н., Виноградова Н.Н. и др. (2003) Русский Медицинский Журнал. 11; 28: 1573-1575
2. Ривкин В.Л., Кирьянов И.В., Никитин А.М., Лукин В.В. (2005) Полипы и полипоз толстой кишки. (Москва). "Медпрактика-М". 152 с.
3. Сотников В.Н., Разживина А.А., Веселов В.В. и др. (2006) Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки. (Москва). "Экстраринт". 280 с.
4. Стрелковский В.П., Веселов В.В., Белоусов А.В. (1986) Лечение интенсивных кровотечений пос-

## СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРФОРАЦІЇ СТІНКИ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ ВИКОНАННІ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ПОЛІПЕКТОМІЇ

Шевелюк С.Б., Пойда О.І., Орлов О.Л., Криворук О.М.

Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця, кафедра хірургії №1, Київ, Україна  
Київська міська клінічна лікарня №18, Колопроктологічний центр України

#### Вступ

Актуальність способу зумовлена ризиком виникнення перфорації стінки товстої кишки, яка може спостерігатися як в проекції основи пухлини, так і в місці контакту головки пухлини з ділянкою кишкової стінки, у разі поліпів на ніжці [1]. Частота даного ускладнення за літературними даними коливається у межах 0,58-1,2% [2,3]. Видалення пухлини відбувається за рахунок дії височастотного струму, який подається від електрохірургічного блоку в режимі монополярної коагуляції.

#### Матеріали і методи

Відомий спосіб виконується наступним чином: після проведення колоноскопу по товстій кишці та визначення локалізації пухлини через інструментальний канал колоноскопа проводять поліпектомічну петлю, яку накладають на ніжку або основу поліпа. Після цього поліпектомічну петлю затягують і завдяки зміні орієнтації дистальної частини колоноскопа роблять виведення поліпа ближче до центру просвіту кишки, тим самим збільшують відстань до стінки кишки. Після цього вмикають електрохірургічний блок у комбінації режимів різання та коагуляції і проводять безпосередньо електроексцизію поліпа. Відомий спосіб не можливо безпечно застосовувати за видалення поліпів великих розмірів та на довгій ніжці, та за умов локалізації поліпів у анатомічних ділянках товстої кишки з обмеженим простором (фізіологічні вигини, фіксовані петлі товстої кишки внаслідок злукового процесу). Безпека за таких умов обумовлена неможливістю запобігання контакту верхівки пухлини з суміжною ділянкою стінки товстої кишки. Ще одним негативним фактором відомого способу є концентрація теплового впливу підчас електроексцизії в проекції основи пухлини, з можливим ураженням всіх шарів стінки товстої кишки.

Спосіб виконується наступним чином: після затягування діатермічної петлі на основі поліпа, по можливості відведення поліпа до центра просвіту кишки та ввічнення

ле ендоскопіческого удаления новообразований толстой кишки. В кн.: Проблемы проктологии. (Москва). Вип. 7: 85-88

5. Barclay R.L., Vicari J.J., Doughty A.S. et al. (2006) Colonoscopic withdrawal times and adenoma detection during screening colonoscopy. N. Engl. J. Med. 355 (24): 2533-2541
6. Bokemeyer B., Bock H., H'ppe D. et al. (2009) Screening colonoscopy for colorectal cancer prevention: results from a German online registry on 269000 cases. Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 21 (6): 650-655
7. Canard J.M., Debette-Gratien M., Dumas R. (2005) A prospective national study on colonoscopy and sigmoidoscopy in 2000 in France. Gastroenterol. Clin. Biol. 29 (1): 17-22
8. Consono P., Luigiano C., Strangio G. et al. (2008) Efficacy, risk factors and complications of endoscopic polypectomy: ten year experience at a single center. World J. Gastroenterol. 14 (15): 2364-2369
9. Dobrowolski S., Dobosz M., Babicki A. et al. (2006) Blood supply of colorectal polyps correlates with risk of bleeding after colonoscopic polypectomy. Gastrointest. Endosc. 63 (7): 1004-1009
10. Habi-Gama A., Arruda P.R., Rex D.K. (2003) Indications and contraindications. In book: Colonoscopy: Principles and practice. (USA). Williams (eds), pp 102-110
11. Herman L.L., Kurtz R.C., McKee K.J. et al. (1993) Risk factors associated with vasovagal reactions during colonoscopy. Gastrointest. Endosc. 39 (3): 388-391
12. Kavic S.M., Basson M.D. (2001) Complications of endoscopy. Am. J. Surg. 181: 319-332
13. Kim H.S., Kim T.I., Kim W.H. et al. (2006) Risk factors for immediate postpolypectomy bleeding of the colon: a multicenter study. Am. J. Gastroenterol. 101 (6): 1333-1341
14. Liu H.H., Wu M.C., Peng Y., Wu M.S. (2005) Prevalence of advanced colonic polyps in asymptomatic Chinese. World J Gastroenterol. 11 (30): 4731-4734
15. Magdeburg R., Collet P., Post S., Kaehler G. (2008) Endoclippping of iatrogenic colonic perforation to avoid surgery. Surg. Endosc. 22 (6): 1500-1504
16. O'Brien M.J., Winawer S.J., Zauber A.G. et al (1990) The national polyp study: patient and polyp characteristics associated with high-grade dysplasia in colorectal adenomas. Gastroenterology. 98: 371-379
17. Nusko G., Alford-Hofmann A., Maussmann U. et al. (1995) Estimation of the risk invasive carcinoma in colorectal adenomas by size and site: results of multivariate analysis [abstract]. Gastrointest. Endosc. 41: A382
18. Pickhardt P.J., Hassan C., Lathi A. et al. (2008) Small and diminutive polyps detected at screening CT colonography: a decision analysis for referral to colonoscopy. Am. J. Roentgenol. 190 (1): 136-144
19. Sieg A., Hachmoeller-Eisenbach U., Heisenbach T. (2000) How safe is premedication in ambulatory endoscopy in Germany? A prospective study in gastroenterology specialty practices. Dtsch. Med. Wochenschr. 125 (43): 1288-1293
20. Sivak M.V. (2000) Gastroenterologic endoscopy. (USA). Saunders company (eds), pp 1222-1459
21. Taku K., Sano Y., Fu K.I. et al. (2007) Iatrogenic perforation associated with therapeutic colonoscopy: a multicenter study in Japan. J. Gastroenterol. Hepatol. 22 (9): 1409-1414
22. Tsai C.J., Lu D.E. (1995) Small colorectal polyps: histopathology and clinical significance. Am. J. Gastroenterol. 90: 988-994
23. Ueyama T., Kawamoto K., Iwashita T. et al. (1995) Natural history of minute sessile colonic adenomas based on radiographic findings: is endoscopic removal of every colonic adenoma necessary? Dis. Colon Rectum. 38: 268-272
24. Waye J.D., Rex D.K., Williams C.B. (2005) Colonoscopy Principles and Practice. (USA). Blackwell Publishing (eds), 655 p.
25. Wexner S.D., Garbus J.E., Singh J.J. (2001) A prospective analysis of 13,580 colonoscopies. Reevaluation of credentialing guidelines. SAGES Colonoscopy Study Outcomes Group. Surg. Endosc. 15 (3): 251-261
26. Williams C.B. (1997) Discouraging colonic polyps. Gut. 40 (3): 430
27. Yoshida D., Kono S., Moore M.A. et al. (2007) Colorectal polypectomy and risk of colorectal cancer by subsite: the Fukuoka Colorectal Cancer study. Jpn. J. Clin. Oncol. 37 (8): 597-602

електрохірургічного блоку в режимі "коагуляції" виконуються зворотньо-поступальні рухи петлею, що призводить до зміщення основи та верхівки поліпа по осі кишки. Таким чином створюються умови за яких збільшується площа контакту основи поліпа з підлеглими шарами стінки кишки та верхівки поліпа з слизовою оболонкою суміжних ділянок товстої кишки. Час впливу та енергія, яку поглинають тканини залишається на тому ж рівні як і за використання відомого способу. Однак, розподіл енергії електричного струму на більшу площу призводить до меншого нагріву підлеглих шарів стінки кишки в проекції основи поліпа та в ділянках контакту верхівки з суміжними ділянками кишки. При цьому коагулюючий вплив на тканини затиснені в діатермічній петлі зберігається як і за відомого способу. З використанням запропонованого способу було виконано 569 ендоскопічних поліпектомій з товстої кишки. Перфорації стінки товстої кишки не було. На спосіб отримано патент №33268 від 10/06-2008.

#### Висновки

Використання запропонованого способу підчас виконання ендоскопічної поліпектомії не потребує придбання додаткового устаткування. Спосіб забезпечує надійну профілактику перфорації стінки товстої кишки та дозволяє виконувати одномоментне видалення поліпів великих розмірів.

#### Література

1. Паньчрев Ю.М., Галдингер Ю.И. (1984) Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта. (Москва). "Медицина". 192 с.
2. Magdeburg R., Collet P., Post S., Kaehler G. (2008) Endoclippping of iatrogenic colonic perforation to avoid surgery. Surg. Endosc. 22 (6): 1500-1504
3. Taku K., Sano Y., Fu K.I., Saito Y., Matsuda T., Uraoka T., Yoshino T., Yamaguchi Y., Fujita M., Hattori S., Ishikawa T., Saito D., Fujii T., Kaneko E., Yoshida S. (2007) Iatrogenic perforation associated with therapeutic colonoscopy: a multicenter study in Japan. J. Gastroenterol. Hepatol. 22 (9): 1409-1414