

Умови за яких виконання тотальної колоноскопії значно ускладнене або не можливо: стриктури товстої кишки (стенозуюча пухлина, рубцеві стенози); хвороба Гіршпрунга; жорстко фіксований непрохідний перегин товстої кишки (злуквої процес, проростання пухлини ззовні та інші).

З метою створення кращих умов для візуальної оцінки новоутворень та видалення новоутворень (поліпів товстої кишки), які розташовуються на складці гаустр, особливо в області фізіологічних вигинів ми застосовуємо ретроградний огляд новоутворення (Патент України №33267) [5], особливістю якого є те, що переведення апарату в положення ретрофлексії має виконуватись в напрямку тені товстої кишки, де стінка кишки найбільш міцна завдяки більш вираженому м'язовому шару.

Показником дотримання техніки виконання колоноскопії є наступна відповідність анатомічних відділів товстої кишки відміткам на ендоскопі [7]: лівий вигин ободової кишки в середньому 40 см; правий вигин ободової кишки в середньому 60 см; сліпа кишки в середньому 80 см. Вистань може незначно варіювати в залежності від конституції хворого.

Основним показником правильності виконання колоноскопії є відсутність болю. Виникнення болю є передвісником розвитку ускладнень, колоноскопії може супроводжуватись явищами дискомфорту в животі, відчуттям помірного розпирання та потягування.

Ми відстоюємо точку зору, що переважна більшість колоноскопій повинна виконуватись без загального знеболення. Виконання колоноскопії під наркозом повинно проводитись тільки з суворим дотриманням показів і висококваліфікованим спеціалістом. Доне положення дискутується необхідністю підтримання продуктивного контакту за ходом ендоскопії змінюючи техніку виконання дослідження при появі болювих відчуттів. Показами до виконання колоноскопії під наркозом є: виражений злуквої процес в черевній порожнині; важкі форми запальних захворювань товстої кишки (НВК, хвороба Крона); у хворих з лабільною психікою чи психічними захворюваннями.

ПОКАЗАННЯ ТА ПРОТИПОКАЗАННЯ ДО ЕНДОСКОПІЧНОЇ ПОЛІПЕКТОМІЇ З ТОВСТОЇ КИШКИ

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

Київська міська клінічна лікарня №18, Україна

Вступ

Рак товстої кишки у багатьох країнах світу по темпах росту захворюваності випереджає інші злоякісні новоутворення та займає друге місце за летальністю у країнах Європейського Союзу. Рак товстої кишки — багатофакторне захворювання, у патогенезі якого має значення цілий ряд факторів зовнішнього середовища та спадковості. Наявність аденом товстої кишки є одним із самих істотних факторів ризику розвитку рака. Незважаючи на те, що в експериментальних умовах доказана можливість розвитку раку на тлі незмінної слизової оболонки, але переважна більшість авторів вважають, що в більшості випадків пухлина розвивається з аденом. Статистично поліпи товстої кишки виявляються у популяції з частотою до 32,5% [1,5-7,14,18]. Свочасне виявлення та лікування аденом товстої кишки є одним з найефективніших методів профілактики колоректального рака.

Ендоскопічне видалення поліпів є основним методом лікування, як доброякісних, так і малігнізованих поліпів товстої кишки, за відсутності інвазивної аденокарциноми [3,4,27]. Всі спроби консервативного лікування поліпів товстої кишки не дають ніякого позитивного ефекту, а лише призводять до втрати часу та, як наслідок малігнізації або інвазії аденокарциноми [2]. Основними ускладненнями ендоскопічної поліпектомії є кровотеча та перфорація стінки товстої кишки. Аналізуючи дані літератури можна відмітити, що частота кровотеч коливається у межах від 1,5-2,8% [8,13] до 10,2% [9]. Частота перфоративної стінки кишки після поліпектомії коливається у межах 0,58-1,2% [15,21].

Мета роботи — знизити ризик виникнення ускладнень після ендоскопічного видалення поліпів товстої кишки шляхом розробки алгоритму ведення хворих з поліпами товстої кишки з урахуванням показів та протипоказів для виконання втручання.

Матеріали та методи

В ендоскопічному відділенні Київської міської клінічної лікарні №18, на базі якої функціонує Колопроктологічний центр України, за період 2008-2009 рр. включно, було виконано 2400 діагностичних та лікувальних колоноскопій, в тому числі 188 колоноскопій контрольним хворим, які спостерігаються з приводу поліпів товстої кишки менших 0,8 см за розміром протягом 10-15 років. Ендоскопічну поліпектомію було виконано 139 хворим. Загалом видалено 271 аденома товстої кишки.

Діагностичні колоноскопії та ендоскопічні поліпектомії виконувалися колоноскопомі CF-40I, CF-EL, CF-Q160AL Olympus (Японія) та EC-3470 Pentax (Японія). Всі поліпи видалені лише шляхом електроексцизії в режимі "коагуляція" з використанням електрохірургічного блоку UES-10 Olympus (Японія). Підготовка хворих до ендоскопічної поліпектомії проводилась як і до діагностичної колоноскопії препаратами Ендофальк та Фортранс. Методика підготовки відповідає рекомендаціям виробника.

Результати та їх обговорення

Серед контрольних хворих, які спостерігалися з приводу поліпів менших 0,8 см за розміром, показання у вигляді збільшення розмірів поліпів (0,8 см та більше) виявлені у 17 хворих (9%). Всім цим хворим було виконано ендоскопічну поліпектомію. В видаленому матеріалі ознак малігнізації виявлено не було. Ускладнень в даній групі хворих не було.

Серед всіх хворих, яким виконано ендоскопічну поліпектомію виникли ускладнення у 5 хворих. Всі ускладнення були представлені кровотечами: у 3 (2,16% відносно кількості хворих, 1,11% відносно кількості видалених поліпів) хворих виникли інтраопераційні кровотечі, які були зупинені підчас ендоскопічного втручання, у 2 (1,44% відносно кількості хворих, 0,74% відносно кількості видалених поліпів) хворих виникли клінічно значимі післяопераційні кровотечі в проміжку до 14 діб. Післяопераційні кровотечі відмічені у хворих, яким було видалено поліпи розміром 2,0 см та 1,0 см в прямій та поперечно-ободовій кишці відповідно. У першому випадку кровотеча виникла на другу п/о добу, у другому — на 11-ту. Виникнення кровотеч, в обох випадках, має чіткий зв'язок з порушення хворим післяопераційного режиму фізичного навантаження (обидва хворих піднімали важкі предмети) Хвора у якій виникла кровотеча після поліпектомії з прямої кишки самовільно покинула стаціонар на другу п/о добу і в цей же день ввечері була доставлена в клініку. Всі кровотечі були зупинені ендоскопічно, шляхом ендоскопічного лікування.

Аналізуючи дані літератури та власний досвід, ми прийшли висновку, що показанням до ЕПЕ являється наявність поліпів товстої кишки розмірами 0,8 см та більше. Ми вважаємо, що видалення поліпів менших за 0,8 см є необґрунтованим, адже ризик перфоративної стінки товстої кишки та виникнення кровотечі значно перевищує позитивний вплив на захворюваність колоректальним раком. Період розвитку таких поліпів з мож-

Висновки

Чітке дотримання алгоритму встановлення показів і виявлення протипоказів до проведення колоноскопії, дотримання техніки виконання діагностично-лікувальних колоноскопій є надійним заходом профілактики ускладнень. Колоноскопія має виконуватись тільки при якісній підготовці товстої кишки. Виконання більшості діагностичних колоноскопій має проводитись без загального знеболення, а використання наркозу повинно бути чітко обґрунтованим. Колоноскопію під наркозом може виконувати тільки висококваліфікований спеціаліст.

Література

1. Савельев В.С., Исаков Ю.Ф., Лопаткина Н.А. (1985) Пособие по эндоскопии. (Москва). "Медицина", 544 с.
2. Сотников В.Н., Разживина А.А., Веселов В.В., Кузьмин А.И. и др. (2006) Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки. (Москва). "Экстрепринт", 280 с.
3. Стрекаловский В.П. (1979) Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки. Автореф. дис. док. мед. наук. (Москва). 32 с.
4. Ривкин В.Л., Кирьянов И.В., Никитин А.М., Лукин В.В. (2005) Полипы и полипоз толстой кишки. (Москва). "Медпрактика-М", 152 с.
5. Шевелюк С.Б., Захараш М.П., Орлов О.Л. (2008) Спосіб ендоскопічної поліпектомії. Пат. 33267 МПК А61В 17/03. u200802559. Бюл. 11
6. Федоров В.Д., Стрекаловский В.П., Ривкин В.Л. и др. (1978) Эндоскопия при заболеваниях прямой и ободочной кишки. Атлас. (Москва). "Медицина", 184 с.
7. Kashiha H. (2010) Эндоскопическая диагностика заболеваний толстой кишки. XII Российско-Японский симпозиум "Современные достижения эндоскопии пищеварительного тракта". (Москва). с. 26
8. Waye D., Rex D., Williams B. (2009) Colonoscopy: Principles and practice. (USA) Wiley-Blackwell (eds). 832 p.

ливою їх малігнізацією становить не менше 10-15 років. Масштабні дослідження поліпів такого роду не виявляли в них ознак малігнізації [17,22,23,26], а ступінь виявлення в них дисплазії високого ступеня сягає не більше 1,5-2,5% [16]. Слід зауважити, що переважна більшість поліпів таких розмірів за гістологічною будовою не являються аденомами, тобто істинними неоплазмами (запальні, лімфоїдні поліпи) та не несуть відповідної ризику малігнізації, адже лише аденоми здатні до трансформації в рак. Пацієнти з поліпами товстої кишки розміри яких не перевищують 0,8 см підлягають диспансерному нагляду з періодичністю виконання колоноскопій 1 раз на рік та візуальною оцінкою новоутворень. Виконання щипцевої біопсії є неінформативним та небезпечним виконанням кровотечі. Збільшення розмірів аденоми, поява візуальних ознак зміни її гістологічної структури (дольчатість, виразкування та виражене ерозуювання поверхні, контактна кровотоочивість) являються показанням для виконання ЕПЕ. З нашого багаторічного досвіду, близько 50% дрібних поліпів товстої кишки не змінюються протягом 15-20 років та не потребують взагалі будь-яких лікувальних заходів.

Важливим етапом в алгоритмі ведення хворого з поліпами товстої кишки є передопераційне обстеження, яке направлене на виявлення супутньої патології, яка потребує певної підготовки та корекції техніки виконання ЕПЕ а також з метою виявлення протипоказів до виконання ЕПЕ.

Протипоказання до ЕПЕ з товстої кишки розділяються на дві групи: протипоказання колоноскопії, яка є невідемним етапом операції, та протипоказання ЕПЕ, при цьому відповідно друга група доповнює першу. Обидві групи розділяються на відносні та абсолютні. Хоча за умов наявності кровотечі з поліпа товстої кишки, яку не можливо зупинити консервативними засобами, всі показання стають відносними, адже лише поліпектомія є єдиним надійним та найбільш прийнятним для хворого, у порівнянні з відкритим втручанням, методом лікування кишкової кровотечі джерелом якої є поліп.

Абсолютні протипоказання до ЕПЕ представлені наступним чином: гостра фаза порушення мозкового кровообігу; гостра фаза інфаркту міокарда; важкі ступені серцево-судинної, легеневої та змішаної недостатності (які спостерігаються при: шімений хвороба серця (стадія декомпенсації); вахх серця (стадія декомпенсації); масивних емболіях легеневої артерії); порушення ритму серцевої діяльності (найбільш небезпечні нестабільні стани — пароксизмальна брадіаритмія; миготлива аритмія з меретрніями передсердь або пароксизми форма миготливої аритмії; групові шлуночкові екстрасистолі у вигляді бігеменні або тригеменні); важкі ступені поперечної блокади серця).

Практично у всіх вищевказаних випадках погіршення стану хворого розвивається на фоні помірного пневматоза товстої кишки, який негативно впливає на умови роботи міокарда та легень [19,24]. "Брижові болі", як наслідок розтягнення петель товстої кишки в ході виконання колоноскопії, являються пусковим механізмом вазо-вагальних рефлексів. Які можуть викликати більш важкі порушення ритму (брадіаритмія, трепетіння передсердь та ін.) [11,25]. Аневризма аорти або серця — розшарування або розрив аневризми можуть бути спровоковані ендоскопічним дослідженням [10,20]. Гострі запальні інфільтрати черевної порожнини, коли в процес може бути залучена товста кишка, що небезпечно перфорацією її стінки — пілозра на абсцес черевної порожнини. Ризик в даному випадку пов'язаний з залученням у процес петель товстої кишки, що може викликати ураження кишкової стінки або прорив абсцесу в вільну череву порожнину. Це пояснюється тим що у 47% відмічається залучення петель товстої кишки у процес [12]. Наявність інвазії аденокарциноми, у малігнізованому поліпі, в мязовий шар стінки товстої кишки — видалення такого поліпа неминуче призведе до перфоративної стінки кишки та метастазуванню аденокарциноми.

Наявність у хворого кардіостимулятора — підчас виконання електроексцизії поліпа, під впливом високочастотного току, можливий вихід пристрою з ладу. Виключенням є поліпи на ніжці довжиною більше 1см, коли видалення поліпа можна виконати шляхом механічного відсічення джотною петлею з попереднім лігуванням ніжки поліпа.

До відносних протипоказань відносяться захворювання, при яких поліпектомію виконують лише в екстреному порядку, при наявності профузної кровотечі з поліпа. Виконання планової поліпектомії показане в даному випадку лише після дообстеження і підготовки хворого, яка заключається в лікуванні супутніх захворювань. Гострі запальні захворювання аноректальної зони (анальна тріщина, геморої в стадії загострення, тромбоз гемороїдальних вузлів, парапроктит). Ранній післяопераційний період (хірургічне втручання на органах черевної порожнини та малого таза). Вагітність. Гепатоспленомегалія. Виразне збільшення паренхіматозних органів може призвести до травм останніх в місцях щільного прилягання до кишкової стінки та виникнення внутрішньочеревної кровотечі [24]. Напружений асцит. Гідроторакс, гідроперикард. Важкі порушення системи згортання крові. Геморрагічні васкуліти. Початок менструального циклу у жінок.

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 гідропрепарування. За таких умов хворому показане виконання оперативного втручання за онкологічними принципами. Виконання шпичевої 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 шпичевої 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 направлене 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). "Экстралпринт". 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). Небезпека за таких умов обумовлена неможливістю запобігання контакта 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. Consoletto 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. Панычев 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