Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
"Красноярский государственный медицинский университет  
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра госпитальной хирургии им. проф. А.М. Дыхно с курсом ПО

**Реферат на тему:**

**Эндоскопическая полипэктомия, способы, осложнения.**  
  
  
 Выполнил: Аргаткин И.С  
 Проверила: [ДМН](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bdegree%5d=2&c%5bdegrees%5d=1), [профессор](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bscititle%5d=2): Первова О.В.

Красноярск 2021

**Содержание**

1. Введение.
2. Этиология.
3. Клиническая классификация.
4. Эндоскопическое удаление полипов пищеварительного тракта.
5. Введение больных после полипэктомии
6. Заключение.
7. Список использованной литературы.
8. **Введение**

Лечение больных с полипами пищеварительного тракта остается актуальной проблемой современной медицины. Учитывая, что полипы органов пищеварения относятся к  часто встречающимся предопухолевым заболеваниям, они подлежат динамическому наблюдению и при показаниях – удалению . Операцией выбора у больных с этой патологией в настоящее время является эндоскопическая полипэктомия. Данное оперативное вмешательство имеет преимущества в  том, что устраняет очаг возможной малигнизации, но при этом сохраняет анатомию и функцию оперированного органа. Несмотря на высокую эффективность, эндоскопическая полипэктомия может способствовать возникновению кровотечения, которое занимает первое место среди осложнений эндоскопического удаления полипов пищеварительного тракта. С  целью профилактики этого осложнения было разработано несколько методик: эндоскопическая инъекционная терапия с введением физиологического раствора раствора адреналина , фибринового клея , наложение эндоскопической лигатуры и клипирование

1. **Этиология полипов.**

Этиология возникновения полипов до конца не ясна. Наиболее распространёнными теориями являются воспалительная (теория раздражения), дисрегенераторная и теория эмбриональной дистопии. Согласно воспалительной теории в основе появления полипов лежат гиперрегенераторные процессы, которые часто сопутствуют хроническому воспалению, например, рефлюкс-эзофагиту при частом возникновении полипов в области кардии. Дисрегенераторная теория основана на избыточной пролиферации и незавершённой дифференцировке в некоторых участках слизистой оболочки, когда появляются очаги гиперплазии – полипы. Теория эмбриональной дистопии рассматривает, так называемые, истинные полипы как результат неправильного эмбрионального развития слизистой оболочки желудка (А. И. Абрикосов, 1949).

1. **Клиническая классификация.**

Любые эпителиальные и соединительнотканные образования, выступающие в просвет органа, принято считать полипами. Полипы неоднородны по морфологической структуре и, согласно классификации опухолей Всемирной организации здравоохранения, их относят к опухолевым процессам (M. Stolte и соавт., 1994; E. Jaramillo и соавт., 2005. Согласно Международной гистологической классификации опухолей, гиперпластические полипы представляют собой опухолевидные образования доброкачественной этиологии. Гиперпластические полипы встречаются в  95%  случаев всех полипов (M. Stolte и  соавт., 1995). Большинство авторов придерживаются мнения о  том, что гиперпластические полипы не подвержены малигнизации или озлокачествляются крайне редко  – в  0,1–1,3%  случаев (С.А.  Burke, 1996); по данным других исследований, эта разновидность полипов подвержена злокачественному перерождению в  0,6–4,5%  случаев (Т.В.  Вихдяева, 1993; S.M. Dijkhuizen, 1997; G.M. Schmitz, 1997). Примечательно, что при гиперпластических полипах рак желудка развивается чаще, чем в их отсутствие, при этом карцинома возникает вне зоны локализации этих полипов (Н.М. Терентьев, 1977) . Аденомы относятся к  истинным опухолям желудка и  встречаются в  16  раз реже, чем гиперпластические полипы. По классификации Всемирной организации здравоохранения 1982 г. различают папиллярные, тубулярные и  папилло-тубулярные аденомы (C. Marschall, 1991). Аденомы подвергаются озлокачествлению в  6–75%  случаев (G. Casclla и  соавт., 1991; P.W.  Marcello и  соавт., 1996). Аденомы размером более 2  см в  диаметре трансформируются в  аденокарциному в  75%  случаев (А.К. Лукиных, 1974; К. Hizawa, 1995).

1. **Эндоскопическое удаление полипов пищеварительного тракта.**

Ввиду различий полипов пищеварительного тракта по внешнему виду, гистологической картине и  анатомическому расположению на стенке органа возможны разные способы их лечения: помимо эндоскопической полипэктомии это петлевая эндоскопическая резекция слизистой оболочки, эксцизия (вылущивание) опухоли внутриорганным доступом, удаление опухолевидного образования лазерным или комбинированным способом. Существуют также способы медикаментозной деструкции полипа (спиртом, уксусной кислотой), метод замораживания (криодеструкция) и т.д. Наиболее частым осложнением после эндоскопического удаления полипов в разных отделах желудочно-кишечного тракта является кровотечение. Частота его возникновения при небольших размерах полипов незначительная, а при их размерах более 1 см составляет от 7 до 24% . Японские авторы (M. Tani и соавт., 2001) отмечали кровотечение во время операции в 4–6% наблюдений. По данным В.Н. Сотникова и  соавт. (2007), из 153  случаев удаления полипов в  желудке кровотечение возникло в 7 (4,6%) случаях, его угроза сохранялась в 17 (11,1%). В.П.  Харченко и  соавт. (2005) при эндоскопической полипэктомии электрохирургическим способом отметили кровотечение в  9,6%, при использовании радиоволновой хирургии – в 5,3% случаев. Следует отметить, что в первые 4 часа возникает около 80% кровотечений, остальные развиваются в сроки от 12 до 72 часов. При этом в 1,5–2,6% для его остановки требуется полостное хирургическое вмешательство.

Для объективной оценки были предложены следующие классификации кровотечений. В.С. Васильев (1981), Ю.В. Синев (1986) по визуальным признакам различают следующие виды кровотечения после эндоскопической полипэктомии: 1) артериальное – кровотечение из небольшого участка ложа удаленного полипа непрерывной или пульсирующей струей при наличии видимого сосуда в ложе удаленного полипа; 2) венозное – интенсивное неструйное кровотечение из небольшого участка ложа удаленного полипа; 3) капиллярное – интенсивное неструйное кровотечение со всего ложа удаленного полипа. Не исключается также позднее кровотечение вследствие отхождения обширного коагуляционного некроза слизистой оболочки желудка после полипэктомий (В.С. Васильев, 1981). Известно несколько факторов, увеличивающих риск кровотечения после полипэктомии: большой размер полипа , полип на широкой ножке больших размеров ,полип на широком основании , преклонный возраст пациента, расположение полипов в  восходящей ободочной кишке , наличие коагулопатии, прием нестероидных противовоспалительных препаратов , режим подачи тока .

Эндоскопическое удаление опухолей в основном выполняется током высокой частоты в трех режимах: коагуляция, резание или смешанный режим (резание и коагуляция). Теоретически для профилактики кровотечения электрохирургическое воздействие не должно простираться глубже подслизистого слоя, так как повреждение мышечного слоя оболочки многократно увеличивает риск осложнения (А.В. Белоногов и соавт., 2002; Т. Kinoshita, 2003) . Теоретически для снижения риска кровотечения при проведении эндоскопической резекции необходимо также достичь равновесия между электрохирургическим воздействием и силой механического сжатия тканей петлей, но практически стандартизировать действие этих двух составляющих невозможно. С  учетом этого предлагается сначала прекратить кровоток за счет механического сжатия ножки опухоли петлей, что проявится изменением цвета образования, и только потом осуществлять электрохирургическое удаление . По данным J.M. Canard (2001), И.В. Москвиченко (2002), данный способ противопоказан при удалении гиперпластических полипов, поскольку имеет высокий процент осложнений. Для профилактики кровотечения были рекомендованы различные методы, которые можно разделить на две группы: общие и внутриорганные. Предложено несколько внутриорганных методик: эндоскопическая инъекционная терапия (ЭИТ) с  введением физиологического раствора (В.Н. Сотников и соавт., Ю.М. Панцырев и соавт., 1976, ЭИТ с  введением раствора адреналина , ЭИТ с  введением фибринового клея , наложение эндоскопической лигатуры и клипирование .

При удалении полипов использовался ток разной мощности в  зависимости от консистенции полипа, его размеров, кровоснабжения и  т.д. (Ю.И.  Василев и  В.В.  Гуляев, 1992), в  случае появления кровотечения рекомендовалась прицельная коагуляция.

Эндоскопическая полипэктомия выполнялась в специально оборудованном кабинете. Стационарное нахождение больного необходимо и  для окончательной постановки диагноза и  выполнения стандартов оказания медицинской помощи при этой патологии. При проведении внутриорганного вмешательства эндоскоп вводят по стандартной методике. Для эндоскопического удаления полипов из верхних отделов желудочно-кишечного тракта мы использовали два типа вмешательства: • электроэксцизия полипов диатермической петлей и  током высокой частоты; • коагуляция полипа с помощью тока высокой частоты. Во время одной эндоскопической процедуры возможно удаление до 5 полипов любого типа, если размер дефекта после электрокоагуляции предполагается не более 1 см. Если раневая поверхность ожидается более 1 см, необходимо ограничиться удалением одного из больших полипов. При множественном полипозе в первую очередь удалению подлежат полипы большого размера или вторично измененные. Основным видом внутриорганного вмешательства при полипах пищеварительного тракта является электроэксцизия. При проведении этого метода диатермическая петля накладывается и затягивается на расстоянии 3–5 мм от стенки органа для предотвращения ее повреждения, особенно в толстой кишке, распространяющимися силовыми линиями 18 тока ниже наложенной петли. Ток высокой частоты применяют, чередуя режимы резания и коагуляции: после затягивания петли на ножке полипа делают акцент на режим резания, а далее, двигаясь к центру ножки (зоне кровеносных сосудов), следует использовать режим коагуляции. При небольших плоских полипах 1-го и 2-го типа выполняется коагуляция опухоли. Используются диатермические биопсийные щипцы, которые захватывают верхушку полипа, затем применяется режим коагуляции с распространением на основание полипа

По литературным данным, несмотря на профессиональные навыки оперирующего эндоскописта, в 1% случаев существует риск развития отсроченного кровотечения именно из-за термического повреждения сосудов подслизистого слоя. Поэтому, значительное внимание уделяется развитию методик, направленных на снижение рисков возможных осложнений, связанных с электротравмой. Одной из таких разработок является метод «холодной» петлевой полипэктомии. Суть метода заключается в удалении поверхностных эпителиальных образований эндоскопической петлей без применения электрокоагуляции . Методические особенности выполнения «холодной» полипэктомии заключаются в следующем: – идентифицированное эпителиальное образование выводится в удобное для оператора положение; – проведенная через инструментальный канал эндоскопа петля в раскрытом положении накидывается на полип с захватом 1-2 мм окружающей слизистой оболочки; – производится небольшая инсуффляция воздуха или CО2 ; – петля приоткрывается для освобождения избытка захваченных тканей в области основания полипа с целью предотвращения повреждения глубоких слоев стенки кишки; – петля затягивается с пересечением слизистой оболочки и отсечением полипа. На месте вмешательства образуется скальпированная раневая поверхность, дно которой представлено подслизистым слоем. Таким образом, несмотря на то, что электроэксцизия является стандартной методикой удаления полипов толстой кишки, идет поиск альтернативных методик, таких как «холодная» полипэктомия, которая позволяет технически проще удалять эпителиальные образования, при этом не увеличивая, как частоту постполипэктомических осложнений, так и местного рецидивирования. В связи с этим, небезынтересным представляется исследовать применение и распространение методики «холодной» эксцизии у пациентов с полипами толстой кишки.

1. **Введение больных после полипэктомии**

Ведение больных после эндоскопической полипэктомии. После эндоскопического удаления мелких полипов или крупных, но имеющих ножку, послеоперационный период можно ограничить только соблюдением щадящей диеты. Если же после полипэктомии возникают достаточно обширные изъязвления, рекомендовано проведение противоязвенного лечения. Больные после эндоскопической полипэктомии должны подвергаться динамическому эндоскопическому обследованию, сроки проведения которого в  определенной степени зависят от данных гистологического исследования удаленной опухоли.

После полипэктомии все больные находятся на динамическом наблюдении. Контрольные эндоскопические исследования проводят один раз в шесть месяцев в первые пять лет, и один раз в год – в дальнейшем.

1. **Заключение**

В большинстве случаев полипэктомию выполняют в амбулаторных условиях. Эндоскопическая полипэктомия выполняется в условиях стационара у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и имеющих полипы больших размеров. Способ полипэктомии выбирается в зависимости от количества, локализации, размеров и формы полипа.

**Список использованной литературы.**

1. Диагностика и лечение полипов желудочно-кишечного тракта у детей/В. А. Катько, О. А. Паталета/В помощь практикующему врачу 2016г / с 132-140.
2. Оптимизация внутриорганных вмешательств для профилактики кровотечений в оперативной эндоскопии при заболеваниях пищеварительного тракта/ пособие для врачей/ 2015 г /С.Г. Терещенко
3. «ХОЛОДНАЯ» ПЕТЛЕВАЯ ЭКСЦИЗИЯ ПЛОСКИХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ (обзор литературы) Озерова О.С., Веселов В.В., Чернышов С.В./ КОЛОПРОКТОЛОГИЯ, том 18, №1(67) 2019