

В. А. ХАЧАТРЯН, М. А. ШАМАХЯН

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Данные о полипах, диффузном полипозе, а также методике рентгенологического исследования толстой кишки, в частности ее дистального отдела, были обобщены нами в предыдущих сообщениях.

Несмотря на имеющиеся многочисленные методы исследования дистального отдела толстой кишки (пальцевое исследование, осмотр зеркалами, ректороманоскопия), дифференциальная диагностика поражений ее нередко представляет значительные трудности. О сказанном говорят выявляемые на сегодняшний день довольно запоздалые и запущенные случаи опухолевых и предопухолевых заболеваний.

Запоздалую диагностику некоторых заболеваний дистального отдела толстой кишки можно объяснить тем, что применяемые для диагностики полипов только эндоскопические или только рентгенологические методы исследования не могут полностью ответить на все вопросы, касающиеся состояния слизистой. Необходимо добавить, что именно при предраковых, в частности полипозных поражениях дистального отдела, рентгенологическое исследование нередко оказывает неоценимые услуги клинике, дополняя данные пальцевого исследования и эндоскопии необходимыми и важными сведениями, а именно: установлением степени распространения патологического процесса, а также выяснением вопроса, является ли полип одиночным или множественным. Сказанное говорит о необходимости рентгенологического исследования даже в тех случаях, когда пальцевым исследованием или ректороманоскопией обнаружен полип или опухолевое заболевание.

В доступной отечественной и зарубежной литературе достаточно освещены вопросы пальцевого, ректороманоскопического и рентгенологического исследований дистального отдела толстой кишки [1, 2, 6, 8, 13, 16, 17, 18]. Однако в этих публикациях нечетко определены возможности рентгенологического и ректороманоскопического исследований. В отечественной литературе, кроме двух работ [4, 12], мы нигде не встретили указаний о значении сочетанного применения обоих методов при различных стадиях поражения дистального отдела.

Исходя из вышеизложенного, в настоящей работе мы поставили перед собой задачу выявить имеющиеся клиничко-рентгенологические и патогистологические особенности полипов толстой кишки, исходя из тех соображений, что параллельное изучение рентгенологической и эндоскопической картины с сопоставлением патогистологических данных уда-

ленных полипов дает возможность более объективно расценить полученные данные в установлении истинной картины поражения.

Материалом для разрешения поставленной нами задачи явились наблюдения над 473 больными с диагнозами опухолевых и предопухолевых заболеваний, прошедших через стационар и поликлиническое отделение Армянского института рентгено-радиологии и онкологии АМН СССР в течение 1962—1965 гг. Из них 59 страдали раком прямой сигмовидной кишки, 287 — различными видами колитов и проктосигмоидитом, 71 — полипами и аденомами толстой и прямой кишок.

У всех 473 больных в общей сложности произведено 560 исследований толстой кишки с помощью контрастной клизмы и двойного контрастирования, 580 ректороманоскопий с подробными клинико-лабораторными исследованиями крови, мочи, кала; произведены патогистологические исследования удаленных полипов, а также цитологические исследования отделяемого прямой кишки.

Из общего числа больных (71), страдающих полипами и полипозом толстой кишки, у 44 больных произведено 62 рентгенологические исследования толстой кишки с помощью контрастной клизмы и двойного контрастирования, 96 ректороманоскопий и пальцевых исследований, 46 патогистологических исследований удаленных полипов и кусочков слизистой. Больные (мужчин—42, женщин—29) были в возрасте от 10 до 74 лет (наиболее поражаемый возраст—30—40 лет). Одиночные полипы в подавляющем большинстве случаев располагались в прямой кишке, групповые—в сигмовидной и левой половине толстой кишки. В трех случаях установлено наличие полипов в цекуме и восходящей ободочной кишке.

Обследование 71 больного производилось в следующей последовательности: сначала, стремясь сократить время обследования больных, мы в один и тот же день пытались утром произвести пальцевое исследование и ректороманоскопию, а спустя 2—3 ч.—рентгенологическое исследование. Как показала практика, при такой последовательности, из-за наличия раздражения рельефа слизистой и воздуха, введенного при ректороманоскопии, результаты рентгенологического исследования оказались неудовлетворительными. В последнее же время мы старались между эндоскопическим и рентгенологическим исследованием оставить 1—2 дня. Рентгенологическое исследование производилось после тщательной предварительной подготовки по предложенной нами методике. Добавим, что при всех рентгенологических исследованиях нами применялся также метод двойного контрастирования.

При умелом и внимательном рентгенологическом исследовании можно выявить около 50% небольших одиночных и множественных полипов, хотя по последним литературным данным выявляемость полипов прямой кишки выражается различными цифрами: 5% [5], 15% [3], 17% [4].

В последнее время при исследовании сигмовидной и нисходящей частей толстой кишки в связи с улучшением методики рентгенологического исследования выявляемость полипов несравненно улучшилась. По-

следний вопрос приобретает большое практическое значение в связи с тем, что полипозные образования располагаются также в проксимальных частях толстой кишки. 25—30% полипов расположены в толстой кишке выше досягаемости ректоскопа [14]. Поэтому значение рентгенологического метода при выявлении полипов и при определении состояния слизистой сигмовидной и вышележащих отделов велико.

Рентгенологически определяемые полипы необходимо строго дифференцировать от образований, нередко симулирующих полипы, наличие которых чаще всего связано с недостаточной подготовкой больных к исследованию.

Как нами уже указывалось в предыдущих работах, истинные полипы отличаются от ложных тем, что последние при пальпации, особенно при перемене положения больного, изменяют свою форму, размеры и местоположение, а иногда и вовсе исчезают.

Исходя из литературных и наших данных [1, 9, 10, 15, 17], рентгенологическое исследование в диагностике полипов прямой кишки малоэффективно, так как наблюдения показывают, что с помощью этого метода можно выявить лишь полипы, расположенные в верхних отделах прямой, а также сигмовидной и вышележащих участках толстой кишки, когда размеры их не менее 0,5 см в диаметре.

Как говорилось выше, параллельно с рентгенологическим исследованием мы проводили также ректороманоскопические исследования дистального отрезка толстой кишки, пользуясь комбинированным ректоскопом отечественного производства Р-50. Последовательным продвижением ректоскопа в направлении оси кишки соответственно ее изгибам добиваются установления одиночности или множественности поражения, состояния слизистой кишки выше участка поражения, цвета, формы и консистенции образования. При наличии множественных полипов определяется верхняя граница поражения. Наконец, используя эндоскопический метод, путем биопсии можно установить патогистологический характер образования.

Ректороманоскопическим исследованием мы смогли выявить три типа полипов: гладкие (28 чел.), дольчатые (9 чел.), ворсинчатые (3 чел.).

По внешнему виду полипы представляли собой опухолевые образования шаровидной или овальной формы, находящиеся на ножке или на широком основании. Длина ножки полипа варьировала от 1 до 5 см. Размеры полипов колебались от 0,5 до 4—6 см в диаметре. На свободной поверхности длительно существующих полипов в некоторых случаях можно обнаружить изъязвления в виде мелкокровоточащих грануляций.

Некоторые особенности имеют полипы у детей. Они представляют собой округлые образования размерами от просяного зерна до вишни, покрытые слизистой нормального цвета.

Необходимо отметить, что определить уже наступившую малигнизацию полипа клиническими методами трудно, но некоторые особенности дают возможность заподозрить его злокачественное перерождение, т. е. уплотнение основания полипа, потемнение цвета, инфильтрация вок-

руг основания. Биопсия, которая является завершающим методом диагностики, позволяет установить истинную картину заболевания.

На основании гистологического исследования удаленных полипов (одиночные и групповые) нами они разделены на две основные группы по классификации С. А. Холдина [11]: 1) полипы железистого строения, т. е. истинные, 2) полипы нежелезистого строения, т. е. ложные или псевдополипы. В общей сложности железистые полипы с признаками воспаления выявлены в 16 случаях, полипы с окантозом—в 12, полипы с пролиферацией эпителия—в 8, злокачественная аденома—в 8, ложные полипы и воспалительные процессы слизистой оболочки—в 19.

Считаем нужным вкратце остановиться также на особенностях клинических проявлений у наших больных, которые предъявляли различные жалобы. Из них ведущими симптомами были: кровянистые выделения из прямой кишки—у 39 больных; слизистые и гнойные выделения из прямой кишки—у 21; неустойчивый стул, иногда сопровождающийся поносами и запорами,—у 26; боли в левой половине живота—у 16; боли в заднем проходе—у 27; выпадение полипа или полиповидных тел—у 4. При ознакомлении с анамнестическими данными выяснилось, что в 43,5% случаев полипы возникли на фоне предшествующих заболеваний воспалительного характера (дизентерия, хронические ректосигмоидиты и др.). Необходимо также отметить, что симптомы, наблюдавшиеся у больных полипами прямой кишки, нередко были обусловлены (36%) сопутствующими заболеваниями (гастрит, колит, холецистит, хронический аппендицит, геморрой и др.).

Сопоставляя полученные данные клинико-рентгенологического и эндоскопического метода исследования, а также данные патогистологического исследования, мы особое внимание уделяли показателям эффективности рентгенологического метода исследования в выявлении полипов в зависимости от количества, локализации и размеров последних.

Анализируя наш материал, мы отмечаем, что рентгенологическое исследование в диагностике полипов прямой кишки малоэффективно. Наоборот, при поражениях сигмовидной и вышележащих отделов роль рентгенологического исследования становится незаменимой, так как оно не только значительно дополняет данные ректосигмоидоскопии, но в состоянии обнаружить полипы на всем протяжении толстой кишки.

Ереванский институт
Рентгено-радиологии и онкологии
АМН СССР

Поступило 24/X 1964 г.

Վ. Ա. ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ, Մ. Ա. ՇԱՄԱԽՅԱՆ

ՀԱՍՏ ԱՂԻԻ ՊՈԼԻՊՆԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱ-ՌԵՆՏԳԵՆԱԲԱՆԱԿԱՆ ԵՎ
ՊԱԹՈՀԻՍՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ի մի բերելով հաստ աղիի և նրա հեռակա հատվածի պոլիպներով և պո-
պոզով տառապող 71 հիվանդների կլինիկա-ռենտգենաբանական և հեռացված

պուլիպների պաթոլոգո-հյուսվածքաբանական հետազոտություններից ստացված տվյալները՝ եզրակացնում ենք.

Հաստ աղիի և նրա հեռակա հատվածի պուլիպային և պուլիպոզային ախտահարումները դեպքերի մեծամասնությամբ ընթանում են՝ կղանքային մասսայում արյունային, լորձային և թարախային արտազատուկների, որովայնի և ուղիղ աղիի շրջանի ցավերի, իսկ երբեմն նաև կղանքային մասսայում հանդիպող ինքնուրույն կերպով անշատված պուլիպների առկայության կլինիկական ախտանիշներով:

Եթե մատնային զննման և ռեկտոռոմանոսկոպիական քննությունը մատչելի տարածությունից վեր ընկած աղեհատվածներում պուլիպների և աղիի լորձաթաղանթի 0,5 մմ տրամագիծ ունեցող մակրոսկոպիական փոփոխություններով ընթացող հիվանդությունների կլինիկական ախտորոշման մեջ հետազոտության ռենտգենաբանական մեթոդը գրավում է առաջնակարգ տեղերից մեկը, ապա նա իր այդ տեղը զիջում է մատնային և էնդոսկոպիական միջոցներով կատարվող հետազոտություններին ուղիղ և սիգմայաձև աղիում տեղակայված պուլիպների ախտորոշման հարցում, այն պարզ պատճառով, որ նրանք աղիի նշված հատվածների ախտորոշման հարցում ցուցաբերում են բարձր էֆեկտիվություն, իրենց գործադրման համար չեն պահանջում հիվանդների նախապատրաստման հատուկ միջոցառումներ, որպես համեմատաբար խնայողական և հասարակ մեթոդ կարող են լայն կիրառություն գտնել յուրաքանչյուր բժշկական տեղամասում:

Հետազոտության ռենտգենաբանական մեթոդը իր արժանիքները չի կորցնում անգամ այն դեպքերում, երբ կլինիկական մյուս հետազոտություններով (հայելիային և մատնային զննություններ, ռեկտոռոմանոսկոպիա) հաստատված է պուլիպների առկայությունը ուղիղ կամ սիգմայաձև աղիում:

Հիվանդի կղանքում ախտաբանական արտազատուկների առկայությունը հանդիսանում է հաստ աղիի և նրա հեռակա հատվածի մատնային զննության, ռեկտոռոմանոսկոպիական և ռենտգենաբանական մեկը մյուսին լրացնող քննությունների անցկացման անհետաձգելի ցուցմունքը: Ցանկալի է հետազոտության ռենտգենաբանական մեթոդին դիմել նախօրոք հիվանդներին էնդոսկոպիական քննության ենթարկելուց հետո:

Ռեկտոռոմանոսկոպիական հետազոտությամբ հնարավորություն է ընձեռնվում ոչ միայն որոշելու պուլիպների շարորակ կազմափոխությանը բնորոշ հնարավոր ախտանիշները, այլև պուլիպի համապատասխան հատվածից հյուսվածքաբանական հետազոտության համար անհրաժեշտ նյութ վերցնելու միջոցով (բիոպսիա) հանգելու վերջնական կլինիկա-հյուսվածքաբանական եզրակացության:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абдурасулов Д. Н. Клинико-рентгенологическое распознавание заболеваний дистального отдела толстой кишки. Ташкент, 1960.
2. Брайцев В. Р. Заболевание прямой кишки. М., 1952.
3. Инашков Л. Н. Диссертация. Л., 1965.
4. Лещенко Ф. И. Врачебное дело, 1962, 5, стр. 72.
5. Литвинова Е. В. Вестник хирургии, 1956, I, стр. 71.

6. Петров Н. Н., Холдин С. А. Злокачественные опухоли, т. III, ч. II. Л., 1962.
7. Рыжих А. Н. Хирургия прямой кишки. М., 1956.
8. Соколов Ю. Н. и Рудерман А. Н. Рентгенодиагностика рака желудочно-кишечного тракта. М., 1947.
9. Тарнопольская П. Д. Диссертация. М., 1946.
10. Фанарджян В. А., Хачатрян В. А. В кн.: Современные проблемы онкологии. Л., 1965, стр. 130.
11. Холдин С. А. Новообразования прямой кишки. М., 1955.
12. Шнигер Н. У., Попова З. П. Труды Государственного рентгенологического института, т. XI. М., 1964, стр. 238.
13. Brown S. G. Med., 1948, 48, 609.
14. Figiel L. S., Figiel J. G., Gieteron P. K. Am. G. Roentgenol., 1962, 88, 4.
15. Phillip R. B. Milit. surg., 1941, 88, 3, 258.
16. Potter R. Radiology, 1953, 60, 4, 500.
17. Welin S. Brit. G. Radiol, 1958, 31, 453.
18. Wolf B., Marshak R. Radiology, 1960, 75, 5, 733.