УДК: 616.345-006.5-072.1-089

СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

[1]Подберзская А. А. (asttra2@mail.ru), [1]Салмин Р. М. (dr.salmin@tut.by), [1]Могилевец Э. В. (emogilevec@yandex.ru), [2]Мицкевич В. А. (mitskevich.v@mail.ru), [2]Ждонец С. В. (trush.svetlana@mail.ru), [2]Пакульневич Ю. Ф. (pakulnevich@gmail.com), [1]Калач А. Г. (kalachalevtina@mail.ru), [2]Рум Т. Т. (tadevush.ru@gmail.com)

[1]УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

[2]УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь

В литературном обзоре выполнен анализ современных методов диагностики и хирургического лечения полипоза толстой кишки. Приведены статистические данные о вероятности рецидивов и малигнизации после органосохраняющих операций по поводу полипоза толстой кишки. В результате установлено, что эндоскопические малоинвазивные вмешательства являются приоритетными, с точки зрения эффективной диагностики и лечения одиночных и множественных полипов, а также ранних форм рака толстой кишки. Однако, несмотря на достижения современных технологий, вероятность развития рецидивов и других осложнений после хирургического лечения полипоза толстой кишки остается высокой, что свидетельствует о необходимости совершенствования существующих методов лечения.

Ключевые слова: *толстая кишка, полип, полипоз, тотальный полипоз, малигнизация, полипэктомия.*

Полипом принято называть всякую локальную опухоль с четкими границами, возвышающуюся над поверхностью эпителия полого органа. Это собирательное понятие может включать образования, отличающиеся не только размерами, которые могут варьировать от нескольких миллиметров до 10 сантиметров и более, но и локализацией, характером роста, осложнениями и гистологической формой, во многом определяющей потенциал злокачественности [1, 5]. Во многих случаях полипами называют образования, не имеющие отношения к опухолям, например, лимфоидные агрегаты или ретенционные кисты, а также подслизистые образования, покрытые неизмененной слизистой оболочкой, например липомы [6, 7].

В настоящее время выделяют две группы полипозных синдромов ЖКТ: аденоматозные (семейный аденоматозный полипоз – САП, синдром Гарднера, синдром Турко и синдром Олфилда) и гамартомные (ювенильный полипозный синдром, синдром Коудена, синдром Банаян-Райли-Рувалькаба, синдром Пейтца-Джигерса) [1, 2]. Полипоз ЖКТ может длительное время ничем не проявляться и манифестировать уже в зрелом возрасте. Характерных клинических симптомов для полипов тонкой кишки, как и для полипов остальных отделов пищеварительного тракта, не существует. В большинстве наблюдений полиповидные образования обнаруживали во время экстренного оперативного вмешательства по поводу острой толстокишечной непроходимости или толстокишечного кровотечения [12, 19] .

Большинство исследователей рассматривают полиповидные образования как основой фактор развития рака. Риск злокачественной трансформации полипов расценивается в пределах от 3 до 20%, причем он значительно возрастает с увеличением размеров образований, при полипах диаметром более 2,0 см составляя 30-35 % [3, 13].

Среди новообразований слизистой оболочки также имеются существенные различия. Так, гиперпластические, гамартомные и аденоматозные полипы обладают разным потенциалом злокачественности и, следовательно, при выработке лечебной тактики и анализе результатов лечения должны рассматриваться отдельно. Гиперпластические полипы чаще всего локализуются в прямой и сигмовидной кишках, бывают множественными, размеры их обычно не превышают 5 миллиметров, цвет соответствует окружающей слизистой оболочке или чуть бледнее. Микроскопическая картина представлена гиперпластическим эпителием, придающим криптам фестончатый оттенок [4, 7]. Эти полипы не являются неопластическими, и даже консервативное противовоспалительное лечение может привести к их полному исчезновению. Однако при множественных (более 30) крупных (более 1 см) гиперпластических полипах диагностируется «гиперпластический полипоз», означающий существенный риск возникновения злокачественной опухоли толстой кишки по сравнению со здоровой популяцией [5, 8, 9]. Аденоматозные полипы – доброкачественные опухоли слизистой оболочки толстой кишки, классифицируемые как неопластические, обладают наибольшим потенциалом злокачественности и требуют удаления, которое чаще всего производится путем электроэксцизии через колоноскоп. При семейном полипозе, являющемся облигатным предраком, риск малигнизации крайне высок [11, 14].

Основными методами эндоскопического лечения полиповидных образований толстой кишки являются: эндоскопическая петлевая полипэктомия и эндоскопическая петлевая резекция слизистой оболочки [6, 17]. При эндоскопической петлевой полипэктомии происходит набрасывание диатермической петли на основание образования, затягивание петли и отсечение

Репозиторий ГрГМУ

последнего чередованием режимов «коагуляция» и «резка». При эндоскопической петлевой резекции слизистой оболочки после маркировки границ образования создается гидравлическая подушка для снижения риска перфорации и максимально радикального иссечения образования. В качестве раствора для подслизистого введения используется раствор глицерола, подкрашенный метиленовым синим. После инфильтрации подслизистого слоя образование приподнимается и производится его отсечение при помощи диатермической петли. В первом случае часто развиваются такие осложнения, как кровотечение. Во втором случае выше вероятность перфорации стенки органа [18, 20].

Одномоментная электроэксцизия полипов, выполненная при колоноскопии или ректороманоскопии, является методом выбора для тубулярных новообразований на ножке [2, 7]. В то же время электрокоагуляция стелющихся ворсинчатых опухолей, как правило, приводит к их рецидиву [8]. Более радикальным методом лечения является трансанальная слизисто-подслизистая или полнослойная резекция стенки кишки [1, 9]. При отсутствии опыта трансанальной эндоскопической микрохирургии она может выполняться открытым способом без увеличения, но с применением электрохирургических инструментов [5, 11].

Потенциал злокачественности полипов, оставленных при органосохраняющих операциях по поводу полипоза, различен и во многом определяется размерами полипов. Образования менее 1 см в диаметре малигнизируются крайне редко. Вероятность малигнизации полипов размером более 1 см в течение 5 лет равна 2,5%, в течение 10 лет – 8%, а в течение 20 лет – 20% [10, 15]. Время прогрессии полипа в аденокарциному определяется степенью дисплазии полипа и колеблется от 3,5 лет при выраженной дисплазии до 11,5 лет при мягкой атипии [10]. Средний возраст, при котором диагностируется злокачественная трансформация полипов при отсутствии лечения, равен 59 годам [11]. О высоком потенциале злокачественности свидетельствуют наличие полипов с дисплазией 3-й степени, эндофитно растущие ворсинчатые полипы и неблагоприятная наследственность в отношении рано возникшего рака толстой кишки [12, 20]. О степени дисплазии оставленных полипов можно косвенно судить по их размерам, форме роста и результатам гистологического исследования удаленных полипов, аналогичных по виду и форме оставленным.

Техническая возможность удалить все полипы размером более 1 см в оставляемой прямой кишке – основной критерий выполнимости органосохраняющей операции при множественном полипозе. Убедиться в такой возможности позволяют санационные ректоскопии, выполняемые до операции. При этом изменения стенки прямой кишки, связанные с использованием электрокоагуляции, оказываются поверхностными и позволяют выполнить операцию с наложением анастомоза [3, 16]. После электрокоагуляции слизистой оболочки, осуществляемой при подготовке «площадки» для анастомоза, прямая кишка уже через 5-7 дней не склонна к прорезыванию швов и пригодна для наложения анастомоза. Перед его наложением в процессе операции удобно выполнить электроэксцизию доступных полипов на открытой кишке. Анастомоз «конец в бок» обладает широким просветом, меньше других деформирует прямую кишку и более удобен для последующих полипэктомий [5, 17].

Режим контрольных ректоскопий или колоноскопий 1-2 раза в год оптимален с учетом средних сроков трансформации полипа в аденокарциному. Крупные (0,8-1 см и более) полипы удаляются, более мелкие подлежат динамическому наблюдению и выборочной биопсии. В некоторых клиниках внедряется в практику колоноскопия высокого разрешения с красителем голубым или зеленым светом, оттеняющим рисунок слизистой оболочки, покрывающей полип, что позволяет оценить его дисплазию без выполнения биопсии [1, 13], однако широкого распространения этот вид диагностики пока не получил. Замена колоноскопического исследования на менее болезненную, виртуальную колоноскопию пока также не представляется возможной из-за более низкой чувствительности и специфичности последней. Еще меньшей чувствительностью обладает ирригоскопия, редко используемая как самостоятельный метод контроля [12].

Неотъемлемым компонентом лечения является правильное питание. Доказано, что диета, богатая растительной клетчаткой и кальцием, прием аспирина, целекоксиба, сулиндака, препаратов кальция и витамина D уменьшают вероятность злокачественной трансформации полипов [13, 14]. Кроме того, установлено, что у женщин в постменопаузе полипы реже малигнизируются на фоне заместительной эстрогенной терапии [10].

Для лечения диффузного полипоза разработаны и применяются резекции тонкой и толстой кишки разного объема. При низких резекциях толстой кишки разработаны методики формирования илеоанальных резервуаров. Показания к формированию резервуарного илеоанального анастомоза зависят от многих факторов. Важным аспектом является дооперационное исследование функции запирательного аппарата. Недостаточная длина тонкой кишки может явиться аргументом против создания резервуара, на формирование которого необходимо около 40-50 см кишки, а значит разгрузочная энтеростома, используемая для временного отведения химуса, может оказаться «высокой», быстро вызвать парастомальный дерматит и водно-электролитные нарушения, что опасно у пациентов с сопутствующими терапевтическими заболеваниями. Однако послеоперационный период у таких пациентов часто осложняется анастомозитом и несостоятельностью кишечных швов [4, 19].

Репозиторий ГрГМУ

Выводы

1. Эндоскопические малоинвазивные вмешательства являются приоритетным методом в диагностике и лечении доброкачественных новообразований и ранних форм рака толстой кишки. С учетом высокого индекса малигнизации таких новообразований, затрат на лечение пациентов, перенесших полостные операции, оперативная эндоскопия должна все шире внедряться в современный лечебно-диагностический процесс.

2. В случае множественного полипоза толстой кишки целесообразно выполнение операций с полным или частичным сохранением прямой кишки и последующей электроэксцизией оставшихся полипов, при условии отсутствия у них высокого потенциала злокачественности.

3. Несмотря на применение современных технологий, вероятность развития осложнений после хирургического лечения полипов толстой кишки остается достаточно высокой, что свидетельствует о необходимости их совершенствования.

Литература

1. Аруин, Л. И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Л. И. Аруин, Л. Л. Капуллер, В. А. Исаков. – М: Триада-Х, 1998. – 443с.

2. Эндоскопия органов пищеварительного тракта у детей / С. Я. Долецкий [и др.] – М.: Медицина, 1984. – 45 с.

3. Синдром Пейтца—Джигерса: обзор литературы и описание собственного клинического наблюдения / В. О. Кайбышева, В. Т. Ивашкин, Е. К. Баранская [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2011. – № 2 (21) . – С. 54-61.

4. Петров, В.П. Хирургическое лечение доброкачественных ворсинчатых опухолей толстой кишки / В. П. Петров, Г. В. Лазарев, А. В. Потехин // Проблемы колопроктологии. Вып. 18. – М.: МНПИ, 2002. – С. 394-395.

5. Полипы и полипоз толстой кишки / В. Л. Ривкин, И. В. Кирьянов, А. М. Никитин [и др.]. – М.: Медпрактика, 2005. – 242 с.

6. Руководство по клинической эндоскопии / В.С. Савельев, Ю.Ф. Исаков, Н.А. Лопаткин и др. – М.: Медицина, 1985. – 544 с.

7. Тертычный,А.С. Наследственные формы полипозажелудочно-кишечного тракта / А. С. Тертычный, А. Г. Талалаев// Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2004. – № 1. – С. 39-46.

8. Чалык, Ю.В. Эндоскопическое удаление полипов толстой кишки на догоспитальном этапе / Ю. В. Чалык, С. Е. Урядов В. С. Рубцов // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 2. – С. 381-385.

9. Юхтин, В. И. Полипы желудочно-кишечного тракта. – М: Медицина, 1978. –71с.

10. Calva, D. Hamartomatous polyposis Syndromes / D. Calva, J. R. Howe // Surg. Clin. North. Am. – 2008. – Vol.88, № 4. – P.784-785.

11. Church, J. Risk of rectal cancer in patients after colectomy and ileorectal anastomosis for familial adenomatous polyposis / J. Church, C. Burke, E. McGannon // Dis. Colon. Rectum. – 2003. – Vol. 46, № 9. – P. 1175-1181.

12. Corman, M. L. Handbook of colon and rectal surgery. – Philadelphia, USA: Lippincott Williams and Wilkins, 2002. – 934 p.

13. Guilherme, C. F. Evaluating causes of death in familial adenomatous polyposis / C. F. Guilherme, P. R. Oliva, I. A. Rocco // J. Gastrointest. Surg. – 2010. – Vol. 14, № 12. – P. 1943-1949.

14. Gastrointestinal polyposis syndromes / J.G. Guillen, A. J. Smith, J. P.Calle, L. Ruo // Curr. Probl. Surg. – 1999. – № 36 (4). – P. 217-323.

15. Hawk, E. Chemoprevention in hereditary colorectal cancer syndromes /E. Hawk, R. Lubert, P. Limburg // Cancer. – 1999. – № 86. – P. 2551-2563.

16. Moussata, D. Frequency and severity of ileal adenomasin

Literatura

1. Aruin, L. I. Morfologicheskaya diagnostika boleznej zheludka I kishechnika / L. I. Aruin, L. L. Kapuller, V. A. Isakov. – M: Triada-X, 1998. – 443s.

2. Endoskopiya organov pishchevaritel'nogo trakta u detej / Doleckij S.YA. [i dr.] – M.: Medicina, 1984. – 45 s.

3. Sindrom Pejtca-Dzhigersa: obzor literatury I opisanie sobstvennogo klinicheskogo nablyudeniya / V. O. Kajbysheva, V. T. Ivashkin, E. K. Baranskayai dr. // Rossijskij zhurnal gastroehnterologii, gepatologii, coloproktologii. – 2011. – № 2 (21) . – S. 54-61.

4. Petrov, V.P. Hirurgicheskoe lechenie dobrokachestvennyh vorsinchatyh opuholej tolstoj kishki / V. P. Petrov, G. V. Lazarev, A. V. Potekhin // Problemy koloproktologii. Vyp. 18. – M.: MNPI, 2002. – S. 394-395.

5. Polipy I polipoz tolstoj kishki / V. L. Rivkin, I. V. Kir'yanov, A. M. Nikitin [i dr.]. – M.: Medpraktika, 2005. – 242 s.

6. Rukovodstvo po klinicheskoj ehndoskopii / V.S. Savel'ev, YU.F. Isakov, N.A. Lopatkini dr. – M.: Medicina, 1985. – 544 s.

7. Tertychnyj, A. S. Nasledstvennye formy polipoza zheludochno-kishechnogo trakta / A. S. Tertychnyj, A. G. Talalaev // Rossijskij vestnik perinatologii I pediatrii. – 2004. – № 1. – S. 39-46.

8. Chalyk, YU. V. EHndoskopicheskoe udalenie polipov tolstoj kishki na dogospital'nom ehtape / YU. V. CHalyk, S. E. Uryadov V. S. Rubcov // Fundamental'nye issledovaniya. – 2012. – № 2. – S. 381-385.

9. Yuhtin, V. I. Polipy zheludochno-kishechnogo trakta. – M: Medicina, 1978. –71s.

10. Calva, D. Hamartomatous polyposis Syndromes / D. Calva, J. R. Howe // Surg. Clin. North. Am. – 2008. – Vol.88, №4. – P.784-785.

11. Church, J. Risk of rectal cancer in patients after colectomy and ileorectal anastomosis for familial adenomatous polyposis / J. Church, C. Burke, E. McGannon // Dis. Colon Rectum. – 2003. – Vol. 46, №9. – P. 1175-1181.

12. Corman, M. L. Handbook of colon and rectal surgery. – Philadelphia, USA: Lippincott Williams and Wilkins, 2002. – 934 p.

13. Guilherme, C.F. Evaluating causes of death in familial adenomatous polyposis / C.F. Guilherme, P.R. Oliva, I.A. Rocco // J. Gastrointest. Surg. – 2010. – Vol. 14, №12. – P. 1943-1949.

14. Guillen, J. G. Gastrointestinal polyposis syndromes / J. G. Guillen, A. J. Smith, J. P. Calle, L. Ruo // Curr. Probl. Surg. – 1999.– № 36 (4). – R. 217-323.

15. Hawk, E. Chemoprevention in hereditary colorectal cancer syndromes / E. Hawk, R. Lubert, P. Limburg // Cancer. – 1999. – № 86. – R. 2551-2563.

16. Moussata, D. Frequency and severity of ileal

Репозиторий ГрГМУ

familial adenomatous polyposis after colectomy/ D. Moussata, S. Nancey, M. G. Lapalus // Endoscopy. – 2008. – Vol. 40, № 2. – P. 120-125.

17. Rosman, A.S. Meta-analysis comparing CT colonography, air contrast barium enema, and colonoscopy / A. S. Rosman, M. A. Korsten // Am. J. Med. – 2007. – № 120. – P. 203-210.

18. Thun, M. J. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs as anticancer agents: Mechanistic, pharmacologic, and clinical issues / M. J. Thun, S. J. Henley, C.J.Patrono // J. Natl. Cancer Inst. – 2002.– № 94. – P. 252-266.

19.Walsh, R. M. Endoscopic resection of large sessile colorectal polyps / R. M. Walsh, F. W. Ackroyd, P. C. Shellito // Gastrointest. Endosc. – 1992. – № 38. – P. 303-309.

20. Guidelines for Colonoscopy Surveillance After Screening and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer / D.A. Lieberman, D. K. Rex, S. J. Winawer [at al.] // Gastroenterology. – 2012. – Vol.143, № 3. – P. 844-857.

adenomas in familial adenomatous polyposis after colectomy / D. Moussata, S. Nancey, M. G. Lapalus // Endoscopy. – 2008. – Vol. 40, №2. – P. 120-125.

17. Rosman, A. S. Meta-analysis comparing CT colonography, air contrast barium enema, and colonoscopy / A. S. Rosman, M. A. Korsten // Am. J. Med. – 2007. – № 120. – P. 203-210.

18. Thun, M. J. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs as anticancer agents: Mechanistic, pharmacologic, and clinical issues / M. J. Thun, S. J. Henley, C. J. Patrono // Natl. Cancer Inst. – 2002. – № 94. – P. 252-266.

19. Walsh, R. M. Endoscopic resection of large sessile colorectal polyps / R.M. Walsh, F. W. Ackroyd, P. C. Shellito // Gastrointest. Endosc. – 1992. – № 38. – P. 303-309.

20. Guidelines for Colonoscopy Surveillance After Screening and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer / D. A. Lieberman, D. K. Rex, S. J. Winawer [at al.] // Gastroenterology. – 2012. – Vol.143, № 3. – P. 844-857.

MODERN SURGICAL TREATMENT OF POLYPOSIS OF THE COLON

[1]Podberezskaya A. A., [1]Salmin R. M., [1]Mogilevets E. V, [2]Mitskevich V. A, [2]Zhdonets S. V., [2]Pakulnevich Yu. F., [1]Kalach A. G., [2]Rum T. T.

[1]Educational Establishment "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

[2]Healthcare Institution "Grodno Regional Clinical Hospital", Grodno, Belarus

Modern methods of diagnosis and surgical treatment of polyposis of the colon have been analyzed in the literature review. The article presents statistics about the risk of recurrences and malignancy after organ-preserving surgery for colon polyposis. As a result, it has been determined that endoscopic minimally invasive procedures are effective for diagnosis and treatment of single and multiple polyps as well as colon cancer at an early stage. However, despite technological innovations, the risk of recurrences and other complications after surgical treatment of polyposis of the colon remains high, which indicates the necessity to improve modern methods of treatment.

Keywords: *colon, polyp, polyposis, total polyposis, malignancy, polypectomy.*

Поступила: 27.09.2016 *Отрецензирована:12.10.2016*

Репозиторий ГрГМУ