

УДК: 616.345-006.5-089

СЛУЧАЙ ДИФфуЗНОГО ПОЛИПОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

³Воробей А. В. (varabeiproct@tut.by), ¹Батвинков Н. И. (hir1@grsmu.by),
¹Салмин Р. М. (dr.salmin@tut.by), ¹Калач А. Г. (kalachalevtina@mail.ru),
¹Могилевец Э. В. (emogilevec@yandex.ru), ²Мицкевич В. А. (mitskevich.v@mail.ru),
²Ждонец С. В. (trush.svetlana@mail.ru), ²Пакульневич Ю. Ф. (pakulnevich@gmail.com),
¹Подберезская А. А. (asttra2@mail.ru), ¹Рум Т. Т. (tadevush.ru@gmail.com)
¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь
²УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь
³ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Беларусь

В статье представлен клинический случай диффузного полипоза толстой кишки. Описаны особенности клинической картины и этапы диагностического поиска. Обосновывается выполнение колопроктэктомии, с формированием J-образного тонкокишечного резервуара, илеоанального анастомоза с выведением петлевой илеостомы в качестве хирургического лечения данного пациента.

Литературные источники, а также собственное практическое наблюдение показали, что диффузный полипоз толстой кишки – редко встречаемая патология с неспецифической симптоматикой, для которой характерны затруднения в диагностике. Оптимальным методом дифференциальной диагностики данного заболевания является колоноскопия с биопсией. Выполнение колопроктэктомии, с формированием J-образного тонкокишечного резервуара обосновано в качестве хирургического лечения тотального полипоза толстой кишки.

Ключевые слова: полипоз, полипы, полипэктомия, резекция кишки, гемиколэктомия, диффузный полипоз, тотальный полипоз, толстая кишка, множественные полипы, хирургическое лечение полипоза, колопроктэктомия, формирование резервуара.

Диффузный (тотальный) полипоз толстого кишечника – тяжелое системное заболевание, характеризующееся множественным (от 100 до 1000) поражением полипами слизистой оболочки разных отделов ободочной кишки. Диффузный полипоз является аутосомно-доминантной патологией, популяционная частота которой составляет 1 на 8000 новорожденных [6]. Наибольшее распространение и практическое значение среди неоднородной группы данной патологии имеет аденоматозная форма, которая является облигатным предраком. Установлено, что к развитию диффузного полипоза толстого кишечника приводят мутации гена аденоматозного полипоза толстой кишки APC (Adenomatous Polyposis Coli), расположенного в хромосоме 5q21. Выявлено около 500 мутаций гена APC, связанных с диффузным полипозом. Мутации в гене APC обнаруживаются в 95% случаев диффузного полипоза толстого кишечника [5, 7]. Важно, что мутации в одном аллеле гена APC наблюдаются до злокачественной трансформации клеток толстой кишки и свидетельствуют о начале процесса, ведущего к озлокачествлению. Такая информация позволяет проводить эффективную профилактику рака толстой кишки [10, 12]. В отличие от одиночных и групповых полипов, данное заболевание чаще всего поражает относительно молодых людей (средний возраст – 39 лет), при этом отмечается высокий индекс малигнизации полипов (почти 100% случаев) и выраженный семейный характер заболевания [3].

Наибольшие сложности возникают при определении оптимальной лечебной хирургической тактики. Основными клиническими проявлениями диффузного полипоза толстого кишечника являются: периодические кровотечения,

выделение большого количества слизи, неустойчивый стул, трудно поддающийся коррекции, наличие множественных полипов в кишке [6]. Большие полипы способны вызывать симптомы непроходимости кишечника с приступами схваткообразных болей. Большинство случаев протекает бессимптомно, поэтому решающее значение в диагностике полипоза имеют колоноскопия, ректороманоскопия, рентген-контрастные исследования [2].

По данным литературы, основной метод лечения одиночных или множественных (но без поражения всех отделов) полипов толстой кишки – хирургический, путем эндоскопической полипэктомии или резекции кишки, с последующим проведением контрольных исследований в послеоперационном периоде (фиброгастродуоденоскопия, фиброколоноскопия) [8, 9]. В случае диффузного (тотального) полипоза выполняются, как правило, подготовительные этапные эндоскопические полипэктомии, а затем – субтотальная либо тотальная колопроктэктомия. Однако они имеют свои отрицательные стороны. Этапные эндоскопические полипэктомии сопряжены с существенным риском перфорации толстой кишки. Тотальная колопроктэктомия – радикальный метод лечения, однако заканчивается формированием пожизненной илеостомы, что приводит к инвалидизации пациента. В то же время оставленный для формирования илеоректального анастомоза участок прямой кишки при субтотальной колэктомии может стать источником рецидива полипов и привести к развитию рака прямой кишки. Так происходит у 7-17% пациентов уже в течение первых 5 лет после подобных операций [4, 8, 9, 11].

В литературе приводятся результаты следу-

ющих вариантов хирургического лечения тотального полипоза толстой кишки как наиболее приемлемых: колопротэктомию с выведением постоянной илеостомы, колэктомия с удалением ректальной слизистой и илеоанальным анастомозом, субтотальная колэктомия с формированием илеоректальных (в том числе резервуарных) анастомозов [1, 6].

Согласно материалам клиники им. А. И. Коженикова НОКБ им. Н. А. Семашко, где был проведен анализ за последние 10 лет, пациенты с диагнозом диффузный (тотальный) полипоз встречались в 0,83% случаев среди всех пациентов с полипами толстой кишки [1]. По их данным, в этих случаях следует отдавать предпочтение операциям с формированием резервуарных илеоректальных (илеоанальных) анастомозов. В качестве успешного лечения пациентам с диффузным полипозом в 18% случаев была выполнена колопротэктомию с формированием J-резервуарного илеоанального анастомоза, остальным (82%) – колопротэктомию с наложением илеостомы. У последних пациентов причиной отказа от наложения анастомоза была сопутствующая терапевтическая патология и (или) неудовлетворительная функция запирающего аппарата, и (или) короткая тонкая кишка, резецированная ранее [1].

Другими хирургами (Кузьминов А. М. и др., 2012) также сообщается об успешном применении колопротэктомию с формированием илеоанального резервуара и временным отключением пассажа при помощи 2-ствольной илеостомы в качестве лечебной операции у пациентов с диагнозом диффузный полипоз [4].

В нашем случае пациент А., 1948 года рождения, поступил в плановом порядке в проктологическое отделение ГОКБ с жалобами на болезненность, дискомфорт, выделение слизи и небольших порций крови после акта дефекации. Согласно анамнезу заболевания, указанные жалобы беспокоили периодически в течение последних 5 лет. В амбулаторном порядке был осмотрен гематологом: кожные покровы бледно-розовые, геморрагического синдрома нет, периферические лимфоузлы не увеличены, стул оформленный, периодически – поносы, слизь и кровь в кале, диурез не нарушен. Выставлен диагноз: железодефицитная анемия (неуточненная) легкой степени. Осмотрен проктологом по месту жительства: жалобы на снижение гемоглобина, периодические поносы со слизью и примесью крови, обострение случалось примерно раз в год. При ректальном пальцевом обследовании на передней стенке прямой кишки на глубине 5-6 см установлено мягко-эластическое полиповидное образование диаметром до 2 см. Выставлен диагноз: доброкачественное новообразование прямой кишки, хронический геморрой, хроническая железодефицитная анемия легкой степени. Пациент был направлен для лечения в проктологическое отделение ГОКБ. В стационаре осмотрен проктологом: состояние удовлетворительное, периферические лимфоузлы не определяются, кожные покровы бледно-розовые, в легких ды-

хание везикулярное, тоны сердца приглушены. Артериальное давление – 120/80, пульс – 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления в норме. Ректально – на передней стенке прямой кишки (на глубине 5-6 см) имеется мягко-эластическое полиповидное образование диаметром до 2 см. Выставлен диагноз: доброкачественное новообразование прямой кишки (основной), хронический геморрой, хроническая железодефицитная анемия легкой степени. Пациенту в стационаре выполнена колоноскопия: толстая кишка осмотрена во всех отделах, до купола слепой кишки. Слизистая местами эрозирована, тотально, начиная от прямой кишки, до купола слепой кишки густо усеяна разновеликими полипами 0,3-0,4 см в диаметре на широком основании, и полипами до 3-4 см на ножке. В просвете остатки содержимого с примесью свежей крови. Заключение: диффузный полипоз толстой кишки (рис. 1).

Выполнено УЗИ органов брюшной полости. Печень – размеры не увеличены, контуры ровные, эхоструктура однородная, мелкозернистая, эхогенность паренхимы в норме, очаговых образований нет. Брюшной отдел аорты – на уровне бифуркации 17 мм. Желчный пузырь – в просвете мелкая плавающая взвесь, размеры в норме, стенки уплотнены. Внутривенные протоки не расширены. Поджелудочная железа по форме и размерам сохранена, контуры ровные, эхоструктура однородная, эхогенность в норме. Вирсунгов проток не расширен.

Учитывая жалобы, анамнез заболевания, результаты осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования, а также рекомендации смежных специалистов, принято решение провести хирургическое лечение. Запланирована операция: колопротэктомию с формированием J-образного тонкокишечного резервуара, илеоанального анастомоза с выведением петлевой илеостомы (рис.2).

Ход операции

Под интубационным наркозом после обработки операционного поля выполнена тотальная срединная лапаротомия. При интраоперационной ревизии факторов, препятствующих выполнению колопротэктомию, не установлено. При ревизии по всей толстой кишке пальпируются множественные полипы, в нижнеампулярном отделе выявлен полип 3*2 см с плотным основанием. Признаков метастазирования не обнаружено.

Произведена мобилизация и резекция ободочной кишки с высокой перевязкой и лигированием нижнебрыжеечных сосудов, мезоректэктомия по Heild. Культи анального канала сформирована линейным степлером типа УКЛ. Из терминального отдела подвздошной кишки сформирован J-резервуар с использованием монофиламентной нити. Наложен резервуаро-анальный анастомоз циркулярным степлером диаметром 28 мм. Частично восстановлена париетальная брюшина. В левом мезогастрии сфор-

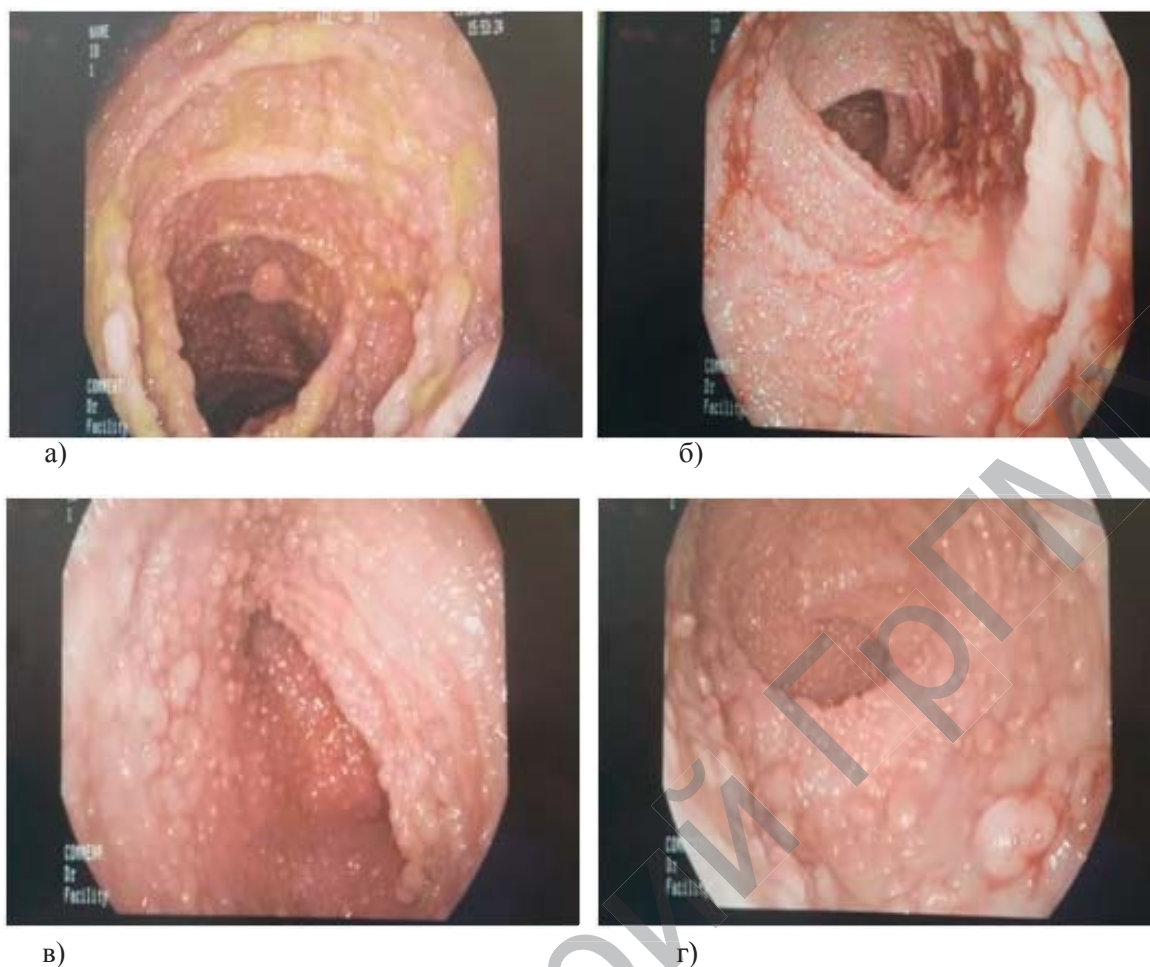


Рисунок 1. – Данные эндоскопического исследования всех отделов ободочной кишки
 а – восходящий отдел ободочной кишки; б – поперечноободочная кишка;
 в – нисходящий отдел ободочной кишки; г – сигмовидная кишка

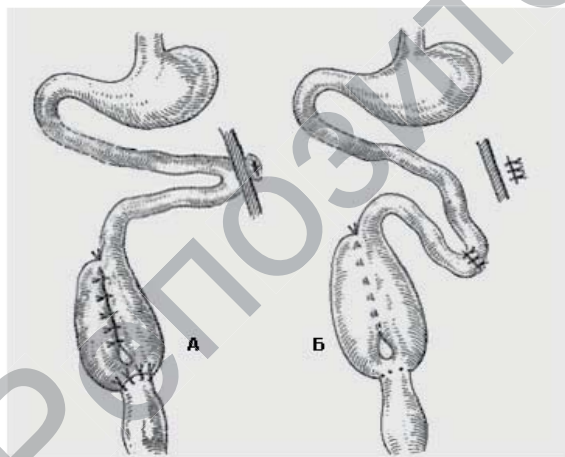


Рисунок 2. – Колипроктэктомия с формированием
 J-образного тонкокишечного резервуара, илеоанального
 анастомоза с выведением петлевой илеостомы

А – сформирован илеоректальный анастомоз и тонкокишечный резервуар из удвоенной петли подвздошной кишки с разгрузочной илеостомой (первый этап); Б – ликвидирована илеостома (второй этап).

мирована петлевая илеостома, шинирована зондом. Введены две дренажные трубки в боковые каналы и малый таз. Произведена оментопла-

стика с последующим ушиванием раны.

Диагноз после операции: диффузный полипоз толстой и прямой кишки. Макроскопическое исследование препарата: ободочная и прямая кишка с множеством полипов от 0,5 до 3 см.

Патогистологическое заключение: воспалительно-аденоматозный, пролиферирующий полип толстой кишки с кистозно-расширенными просветами желез, выстланных однорядным цилиндрическим эпителием с признаками дисплазии II степени, умеренной клеточной инфильтрацией. В строме повышена васкуляризация, отек, инфильтрация лимфоцитами, без признаков атипии.

Выводы

1. Диффузный (тотальный) полипоз толстой кишки – редкое заболевание с неспецифической симптоматикой, основным методом дифференциальной диагностики которого является колоноскопия с биопсией.

2. Операцией выбора в качестве радикального и эффективного хирургического лечения диффузного полипоза толстой кишки, при отсутствии противопоказаний следует считать колипроктэктомию с формированием J-образного тонкокишечного резервуара и наложением временной петлевой илеостомы.

Литература

1. Абеlevич, А. И. Хирургическая тактика при неопластических полипах и полипозе толстой кишки / А. И. Абеlevич // Онкология. – 2011. – № 5 (18). – С. 89.
2. Григорьев, П. Я. Клиническая гастроэнтерология / П. Я. Григорьев, А. В. Яковенко // Гастроэнтерология. – 2004. – №3. – С. 318-319.
3. Наш опыт формирования тонкокишечных резервуаров при хирургическом лечении заболеваний толстой кишки / П. Ф. Гюльмамедов [и др.] // Госпитальная хирургия. – 2005. – №1. – С. 52-54.
4. Кузьминов, А. М. Оценка качества жизни больных семейным аденоматозом толстой кишки, перенесших операции с сохранением анальной дефекации / А. М. Кузьминов, Ю. Ю. Чубаров, Л. Ф. Подмаренкова, Д. В. Вышегородцев // Колопроктология. – 2012. – №4 (42). – С. 22-26.
5. Чиссов, В. И. Злокачественные новообразования в России в 2010 году: заболеваемость и смертность / В. И. Чиссов // ФГБУ МНИОИ им. П.А. Герцена. – 2012. – №1. – С. 17-136.
6. Юхтин, В.И. Хирургия ободочной кишки / В.И. Юхтин // Хирургия. – 1998. – №1. – С. 153.
7. Bretthauer, M. Evidence for colorectal cancer screening / M. Bretthauer // Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 24 (4). – P. 417-425.
8. 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.
9. 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.
10. He, Q. Development of a multiplex MetyLight assay for the detection of multigene methylation in human colorectal cancer / Q. He, H. Chen // Cancer Genet. Cytogenet. – 2010. – Vol. 202 (1). – P. 1-10.
11. Moussata, D. Frequency and severity of ileal adenomas in familial adenomatous polyposis after colectomy / D. Moussata, S. Nancey, M.G. Lapalus // Endoscopy. – 2008. – Vol. 40, № 2. – P. 120-125.
12. Sumoto, R. Novel missens mutation on the UGT 1A1 gene in the siblings with Gilbert's syndrome / R. Sumoto, V. Laosombat, A.N. Sadeva // Pediatr. Int. – 2002. – Vol. 44 (4). – P. 427-432.

Literatura

1. Abelevich, A.I. Hirurgicheskaya taktika pri neoplasticheskikh polipah i polipoze tolstoј kishki / A. I. Abelevich // Onkologiya. – 2011. – № 5 (18). – S. 89.
2. Grigor'ev, P. Ya. Klinicheskaya gastroehnterologiya / P. Ya. Grigor'ev, A. V. Yakovenko // Gastroehnterologiya. – 2004. – №3. – S. 318-319.
3. Nash opyt formirovaniya tonko kishechnyh rezervuarov pri hirurgicheskoy lechenii zabolevaniy tolstoј kishki / P. F. Gyl'mamedov [i dr.] // Gospital'nayahirurgiya. – 2005. – №1. – S. 52-54.
4. Kuz'minov, A.M. Ocenka kachestva zhizni bol'nyh semejnym adenomatozom tolstoј kishki, perenesshih operacii s sohraneniem anal'noj defekacii / A. M. Kuz'minov, Yu. Yu. Chubarov, L. F. Podmarenkova, D. V. Vyshegorodcev // Koloproktologiya. – 2012. – №4 (42). – S. 22-26.
5. Chissov, V.I. Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2010 godu: zabolevaemost' i smertnost' / V. I. Chissov // FGBU MNIOI im. P.A. Gercena. – 2012. – № 1. – S. 17-136.
6. Yuhtin, V. I. Hirurgiya obodochnoj kishki / V. I. Yuhtin // Hirurgiya. – 1998. – № 1. – S. 153.
7. Bretthauer, M. Evidence for colorectal cancer screening / M. Bretthauer // Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 24 (4). – P. 417-425.
8. 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.
9. 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.
10. He, Q. Development of a multiplex MetyLight assay for the detection of multigene methylation in human colorectal cancer / Q. He, H. Chen // Cancer Genet. Cytogenet. – 2010. – Vol. 202 (1). – P. 1-10.
11. Moussata, D. Frequency and severity of ileal adenomas in familial adenomatous polyposis after colectomy / D. Moussata, S. Nancey, M.G. Lapalus // Endoscopy. – 2008. – Vol. 40, № 2. – P. 120-125.
12. Sumoto, R. Novel missens mutation on the UGT 1A1 gene in the siblings with Gilbert's syndrome / R. Sumoto, V. Laosombat, A. N. Sadeva // Pediatr. Int. – 2002. – Vol. 44 (4). – P. 427-432.

DIFFUSE POLYPOSIS OF LARGE INTESTINE

³Vorobej A. V., ¹Batvinkov N. I., ¹Salmin R. M., ¹Kalach A. G., ¹Mahiliavets E. V.,
²Mickevich V. A., ²Zhdonet C. B., ²Pakulnevich Yu. F., ¹Podberyozskaya A. A., ²Rum T. T.

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

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

³State Educational Establishment "Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education", Minsk, Belarus

The article presents a clinical case of diffuse polyposis in the large intestine. The peculiarities of clinical presentation and the stages of diagnosis are described. Colproctectomy with the formation of J-shaped enteric reservoir, ileoanal anastomosis with the creation of loop ileostoma is found to be effective as a surgical treatment of this patient.

Bibliographical search as well as our own practical observation showed that diffuse polyposis of the large intestine is a rare disorder with non-specific symptomatology, which is characterized by difficulties in diagnostics. The optimal method of differential diagnosis is colonoscopy with biopsy. Colproctectomy with the formation of J-shaped enteric reservoir is found to be effective as a surgical treatment of total polyposis in the large intestine.

Keywords: polyposis, polyps, polypectomy, bowel resection, hemicolectomy, diffuse polyposis, total polyposis, large intestine, multiple polyps, surgical treatment of polyposis, colproctectomy, formation of reservoir.