

Раздел 6. ХИРУРГИЯ

УДК 616.345-006.5/.6-089

ПОЛИПЫ И РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ: О ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ПОЛИПАХ

Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Довнар И.С., Жибер В.М., Кононов В.М.
УО «Гродненский государственный медицинский университет», г.Гродно,
кафедра общей хирургии
УЗ «Городская клиническая больница № 4 г.Гродно», РБ

Введение. Частота полипоносительства очень велика, и у лиц старше 40 лет превышает 20-30% [6]. Госпитализация в стационары по поводу полипов составляет 0,6%, при эндоскопическом исследовании полипы выявляются у 4-5% обследованных больных, а у 25% из них бывают множественными. Эти показатели получены при многочисленных профилактических колоноскопиях у лиц, не предъявляющих жалоб на функцию кишечника. Ведущий эксперт ВОЗ Morson В.С. в 1982 году на основе анализа большого материала клинικο-морфологических исследований полипов пришел к заключению, что 50-75% раков толстой кишки развиваются из аденоматозных полипов. Многие авторы [3] считают, что почти у 80 % больных колоректальный рак развивается как спорадическое заболевание и, как правило, ему предшествуют аденоматозные полипы, являющиеся предиктом злокачественной трансформации. Выявление аденоматозных полипов является прескринингом злокачественного заболевания, а их удаление - средством предупреждения рака. Известно, что индекс малигнизации полипов существенно зависит от величины и морфологической характеристики полипов. Так, в полипах диаметром до 1 см частота малигнизации минимальна (0,1-2,4%), величиной от 1 до 2 см – 3,6-5,4%, а при больших размерах – 12-36%. Серьезное влияние на этот показатель оказывает также морфологическая характеристика полипов. Так, при тубулярных аденомах малигнизация составляет 0,33%, при тубулярно-ворсинчатых - от 2,1 до 8%, а при ворсинчатых – от 10 до 36%. Однако не индекс малигнизации является определяющим в тактике по отношению к полипам. Определяющим фактором является то, что полипы подвергаются закономерному стадийному развитию, приводящему в среднем через 10-18 лет к раковому перерождению. Известно, что диффузный полипоз толстой кишки занимает особое место в этой проблеме по ряду причин, одна из них – это то, что развитие полипов в молодом возрасте имеет наследственный характер и обменные нарушения у этих пациентов в 100% случаев способствуют возникновению рака. Именно эта тенденция определяет отношение клиницистов к полипам [4]. Прогностические данные о вероятности развития рака толстой кишки в общей популяции европейского населения, представленные [7], сейчас составляют 4% (т.е. в течение жизни у одного из 25 человек), а среди полипоносителей она в 5 раз выше, т.е. 20% (в течение жизни должен заболеть раком один из пяти полипоносителей). С этими расче-

тами, согласно большинству зарубежных специалистов, изучающих эту проблему. На основании собственных исследований и данных литературы считаем, что относительно низкий процент малигнизации полипов на момент их выявления и удаления не может быть определяющим в лечебной тактике. Определяющим тактику в отношении полипов следует считать заболеваемость раком толстой кишки среди полипоносителей в течение жизни. У клиницистов и патологоанатомов есть мнение о высокой злокачественной потенции аденоматозных полипов желудочно-кишечного тракта, в связи с чем они рассматриваются как предрак. Имеет значение и тот факт, что после удаления аденоматозных полипов они имеют тенденцию к рецидивированию, так как при динамическом наблюдении за пациентами после полипэктомии в ближайшие 3-5 лет в 30-50% случаев вновь были обнаружены полипы. Вновь образовавшиеся полипы в течение первых 3-х лет после их удаления наблюдались у 14,1% пациентов [3]. Следовательно, считают авторы, аденоматозные полипы предшествуют колоректальному раку, развитие которого может быть предотвращено благодаря раннему выявлению полипов и радикальному их удалению. В то же время отдельные авторы отмечают, что есть категория полипов, которым предопределено доброкачественное течение, и их не следует удалять [5]. Частота поражения толстой кишки полипами действительно, позволяет считать проблему диагностики и лечения полипов толстой кишки важной задачей в здравоохранении и оставляет ее в числе приоритетных и актуальных, так как полипэктомия через эндоскоп является наиболее рациональной и пока единственной мерой профилактики рака толстой кишки среди полипоносителей.

Цель исследования состоит в анализе результатов полипэктомии у пациентов, госпитализированных в клинику общей хирургии из поликлиник города и диагностированных при проведении колоноскопии по поводу других заболеваний и на основе полученных собственных данных, определить тактику при полипах толстой кишки.

Материал и методы. В эндоскопическом отделении клиники общей хирургии с 2002 по 2010 год произведена полипэктомия у 635 пациентов, направленных из поликлиник города и выявленных при колоноскопии у пациентов с другой патологией. Мужчин было 415 (63,4%), женщин – 220 (34,6%) в возрасте от 39 до 82 лет.

Результаты и обсуждение. Локализация выявленных полипов была следующей: слепая кишка – 2,5% наблюдений, восходящая – 5,4%, поперечно-ободочная – 16,6%, нисходящая – 6,9%, сигмовидная – 34,8%, ректосигмоидный отдел – 7,9%, прямая – 24,8%, анальный канал – 1,2%. У всех пациентов, независимо от количества, размеров, гистологического строения полипов, проводили их удаление. Анализ результатов показал, что локализация полипов составила 74,4% в левой половине толстой кишки.

Множественные рассеянные полипы встречались в 2 раза чаще, чем одиночные. По гистологическому строению полипы распределились следующим образом: аденоматозные и ворсинчатые опухоли – 63,6%, полипы с пролиферацией и/или дисплазией – 35,4%, гиперпластические – 13,6%. Среди аденоматозных тубулярные полипы составили 85,7%, ворсинчатые – 5,8% и смешанные

8,5%. Проллиферирующие фиброзно-железистые полипы с участками аденокарциномы выявлены у 5 (0,8%).

Заключение. После удаления ворсинчатых полипов с выраженной степенью дисплазии рекомендовали включать пациентов в группу наблюдения по месту жительства, как лиц с высоким онкологическим риском, для проведения контрольной эндоскопии в течение первого года, каждые 4 месяца, а затем ежегодно. При полипах с выраженной дисплазией больные должны находиться под активным наблюдением в течение 3 лет с обязательным ежегодным эндоскопическим исследованием всей толстой кишки.

Считаем, что не следует принижать роль малигнизации полипов в развитии колоректального рака, как считают отдельные авторы и приглашают к дискуссии [3] «нужно ли удалять полипы толстой кишки?»

В клинике принято при выявлении полипов в толстой кишке проводить плановую полипэктомию с последующим активным наблюдением за пациентами, что должно логически привести к улучшению диагностики колоректального рака на ранних стадиях его развития. К такому заключению мы пришли не без оснований.

В клинику общей хирургии по экстренным показаниям за 8 лет госпитализировано 63 больных, средний возраст 59,8 лет с различными осложненными формами и запущенной стадией колоректального рака, при этом половина из них вообще не обращались за врачебной помощью, хотя клинические проявления заболевания отмечали в течение 16-24 месяцев. У 24 из них при колоноскопии установлено наличие, кроме обтурирующей просвет кишки опухоли, наличие полипов в других отделах толстой кишки с участками аденокарциномы.

Таким образом, придерживаясь утвердившегося в последние годы мнения, что у больных с полипами толстой кишки имеется повышенный риск развития колоректального рака, следует проводить организационную, диагностическую и хирургическую работу по профилактике рака толстой кишки. И только своевременное установление полипоносительства в толстой кишке, активная эндоскопическая хирургическая тактика удаления полипов позволит улучшить результаты ранней диагностики колоректального рака и снизить количество запущенных случаев и таких грозных для жизни осложнений.

Литература:

1. Дубровщик О.И., Епифанов М.И., Еременко М.Ю., Жибер В.М., Хильмончик И.В. Полипы толстой кишки: эндоскопическое удаление. Опасности и осложнения // Актуальные вопросы медицины: Материалы научно-практической конференции, посвященной 65-летию УЗ «ГКБ № 2 г. Гродно»: ГрГМУ, 2009 – 300 с.
2. Заикин С.И., Агаджанян В.В., Левко Т.В., Первов Е.А., Фролов П.А. Видеоколоноскопия и хромокопия в диагностике плоских аденом толстой кишки // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2009. - № 1. Том XIX. С. 66-70.
3. Малиновский Н.Н., Решетников Е.А. Кобцева Л.Ф., Воронцова Л.П. Нужно ли удалять полипы толстой кишки? // Хирургия, 1987.- № 1. – С. 80-82.

4. Мельников Р.А., Ковалев В.К., Правосудов И.В. Полипы и рак толстой кишки. // Хирургия, 1989. - № 5. – С. 101-102.
5. Пожарисский К.М. Спорные и неясные вопросы морфогенеза рака толстой и прямой кишки. // Архив патологии. 1978. - Т. XL, выпуск 5. – С. 76-83.
6. Федоров, В.Д. О лечебной тактике при полипах толстой кишки // Хирургия, 1987. № 1. – С. 82-86.
7. Deyhle P. // Early Detectoin of Colorectal Cancer / Ed. K. Goerteler. – Nuznberg. 1980.

УДК 616.379-008.64-092

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Мармыш Г.Г., Могилевец Э.В., Ковшик Л.П.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», г.Гродно,
кафедра общей хирургии*

УЗ «Городская клиническая больница № 4 г.Гродно», РБ

Введение. Сахарный диабет (СД) – самое распространенное эндокринное заболевание во всем мире, и без преувеличения занимает одну из драматических страниц мировой медицины [3]. Самая ранняя из всех заболеваний инвалидизация, высокая смертность (третье место после сердечно-сосудистой патологии и злокачественных новообразований) определили проблему СД в качестве первых приоритетов национальных систем здравоохранения всех стран мира, закрепленных Сент-Винсентской декларацией (1989 г.). Количество больных СД в мире превысило 150 млн человек, в России – 8 млн, в Беларуси – 220 000, из них в Гродненской области состоит на учете 24453 больных, в г.Гродно – 6176. Ежегодно число больных увеличивается на 5-7 %, а каждые 12-15 лет – удваивается. Так, в Гродненской области за 2010 г. впервые зарегистрировано 1574 больных, в г.Гродно – 543. При СД поражаются артерии всех органов и типов с развитием микроангиопатии у 100 %, макроангиопатии у 70 % больных [3]. На фоне диабетической микро- и макроангиопатии, нейропатии и остеоартропатии развивается синдром диабетической стопы (СДС) – сложный комплекс анатомо-функциональных изменений, приводящих к развитию язвенно-некротического и инфекционного процесса, а в дальнейшем и гангрены стопы [6] и более чем у 53 % наблюдений – к ампутации на уровне голени или бедра с послеоперационной летальностью 10-18 % [1]. СДС возникает у 80 % больных СД через 15-20 лет после начала болезни, а количество ампутаций нижних конечностей, выполняемых пациентам этой категории, составляет более 70 % всех производимых ампутаций, не связанных с травмой. Поражение коронарных, церебральных и периферических сосудов представляет собой основу мак-