

РОЛЬ И МЕСТО ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОЛИПЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ю. В. Чалык — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, профессор кафедры общей хирургии, доктор медицинских наук; **С. Е. Урядов** — МУЗ Городская клиническая больница № 8, г. Саратов, заведующий отделением эндоскопии, ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, ФПК и ППС, преподаватель цикла «Эндоскопия», кандидат медицинских наук; **В. С. Рубцов** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, аспирант кафедры общей хирургии, врач-эндоскопист МУЗ Городская поликлиника № 1, г. Энгельс.

ENDOSCOPIC POLYPECTOMY IN TREATMENT OF COLON ADENOMATOSIS

Yu. V. Chalyyk — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of General Surgery, Professor, Doctor of Medical Science; **S. E. Urjadov** — Saratov Clinical Hospital № 8, Head of Department of Endoscopy, Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Raising Skills Faculty, Candidate of Medical Science; **V. S. Rubtsov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of General Surgery, Post-graduate.

Дата поступления — 06.10.2011 г.

Дата принятия в печать — 28.02.2012 г.

Чалык Ю. В., Урядов С. Е., Рубцов В. С. Роль и место эндоскопической полипэктомии в лечении аденоматоза толстой кишки // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 1. С. 150–152.

Цель: уточнить значение эндоскопической полипэктомии в лечении семейного аденоматозного полипоза толстой кишки, находившиеся на лечении в проктологическом отделении МУЗ «Городская больница № 8» г. Саратова с 2004 по 2006 г. На этапе диагностики всем больным проводились ирригоскопия с двойным контрастированием и фиброколоноскопия с биопсией. Эндоскопическое удаление полипов выполнялось методом электроэксцизии через фиброколоноскоп «Olympus CF-E3 L» с помощью стандартной диатермической петли и электрохирургического аппарата «Эндотом-1». **Результаты.** Всего после эндоскопической санации от полипов сохраняемых отделов толстой кишки и адекватной комплексной предоперационной подготовки пациентам в плановом порядке успешно выполнены 3 правосторонние и 4 левосторонние гемиколэктомии по поводу диффузного полипоза толстой кишки, осложнённого рецидивирующим кровотечением или малигнизацией полипов. **Заключение.** Нерадикальное хирургическое лечение в сочетании с эндоскопической полипэктомией не избавляет больного диффузным семейным полипозом толстой кишки от высокого риска возникновения колоректального рака. В случае диффузного семейного полипоза эндоскопическая полипэктомия имеет ограниченное значение, так как не в состоянии полностью ликвидировать потенциальный субстрат заболевания, каковым является вся слизистая оболочка толстой кишки.

Ключевые слова: эндоскопическая полипэктомия, семейный аденоматозный полипоз, толстая кишка.

Chalyyk Yu. V., Urjadov S. E., Rubtsov V. S. Endoscopic polypectomy in treatment of colon adenomatosis // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 1. P. 150–152.

Objective: To study the value of endoscopic polypectomy in the treatment of family adenomatous polyposis of the colon. **Materials and methods.** A total of 7 patients with diffuse adenomatosis of the colon family, who were treated at the proctological department of Hospital № 8 in Saratov from 2004 to 2006 on the stage of diagnosis all patients underwent double-contrast irrigoscopy and fibrocolonoscopy with biopsy. Endoscopic removal of polyps performed by electroexcision through fibrocolonoscope «Olympus CF-E3 L» with a standard loop diathermy and electrosurgical apparatus «Endothelial-1». **Results.** Total rehabilitation after endoscopic polyp from retained sections of the colon and adequate comprehensive preoperative patients are routinely carried out successfully three right-left-sided hemicolectomy and 4 on the diffuse polyposis of the colon, complicated by recurrent bleeding or malignancy of polyps. **Conclusion.** Non-radical surgery in combination with endoscopic polypectomy does not relieve the patient diffuse polyposis of the colon family of high risk of colorectal cancer. In the case of diffuse polyposis, endoscopic polypectomy family is of limited value, as not able to eliminate completely a potential substrate of the disease, which is the entire mucosa of the colon.

Key words: endoscopic polypectomy, family adenomatous polyposis, colon.

Введение. Диффузный семейный полипоз толстой кишки является наследственной, т.е. генетически обусловленной патологией, которая наследуется по аутосомно-доминантному принципу со степенью пенетрации гена 80%. Наиболее частой формой заболевания у взрослых больных является истинный аденоматоз (аденопапилломатоз), при котором более 90% полипов представлены железистыми или железисто-ворсинчатыми новообразованиями, а частота развития колоректального рака достигает 100%, причём рак часто множественный, синхронный и развивается у лиц моложе 40 лет [1].

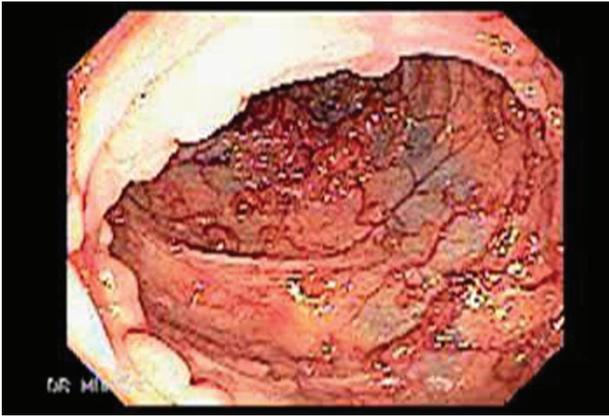
Несмотря на то что при первом установлении диагноза семейного аденоматозного полипоза толстой кишки абсолютно показано радикальное оперативное лечение [1, 2], в том числе лапароскопическим

методом [3–5], некоторые пациенты изначально категорически не соглашаются на проведение им лечебных операций (колпроктэктомия с наложением постоянной илеостомы, субтотальная резекция толстой кишки с илеоректальным анастомозом и др.), поскольку последние приводят к стойкой инвалидности и значительному ухудшению качества жизни больных. Поэтому в реальной практике колопроктологу иногда приходится принимать решение о нерадикальном, симптоматическом по своей сути хирургическом лечении больных с диффузным семейным полипозом, в котором значимая роль отводится эндоскопической полипэктомии [6].

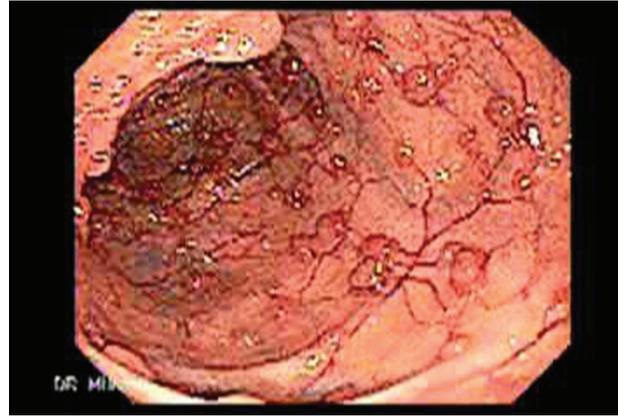
Цель исследования: уточнить значение эндоскопической полипэктомии в лечении семейного аденоматозного полипоза толстой кишки.

Методы. Общеизвестно, что стадии аденоматоза выделяют по преобладающим размерам полипов и по гистологическому строению, но даже при миллиарной стадии встречаются крупные полипы, которые

Ответственный автор — Урядов Сергей Евгеньевич.
Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.
Тел.: 42-10-42.
E-mail: ouriadov@mail.ru



а



б

Множественные полипы прямой (а) и поперечно-ободочной кишки (б)

могут быть удалены через ректоскоп и колоноскоп (рисунок).

В изучаемую группу вошли 7 пациентов с диффузным семейным аденоматозом толстой кишки, находившиеся на лечении в проктологическом отделении МУЗ «Городская больница №8» г. Саратова с 2004 по 2006 г. Эти больные изначально категорически отказались от проведения им радикального оперативного вмешательства и предпочли нерадикальное хирургическое лечение с сохранением части толстой кишки и естественного замыкательного аппарата прямой кишки.

Для исследования отбирались лишь те пациенты, у которых наблюдалась преимущественная локализация полипов в правой или левой половине толстой кишки, что делало возможной эндоскопическую санацию сохраняемых отделов. Структура пациентов представлена в таблице.

Структура пациентов, изначально отказавшихся от радикального оперативного лечения диффузного семейного полипоза толстой кишки (n=7)

Возраст	Пол		Преимущественная локализация полипов		Осложнения на момент первичной диагностики заболевания	
	м	ж	пр. отд.	лев. отд.	кровотечение	малигнизация
20–30 лет	2	1	1	2	2	-
30–40 лет	2	-	1	1	1	1
40–50 лет	1	1	1	1	-	2
Всего	5	2	3	4	3	3

На этапе диагностики всем больным выполнены ирригоскопия с двойным контрастированием и фиброколоноскопия с биопсией. Наличие очагов малигнизации подтверждено как при гистологическом исследовании биоптатов полипов и опухолей, так и при патоморфологическом исследовании резекционных препаратов толстой кишки.

Первичное хирургическое лечение проводилось в объеме правосторонней или левосторонней гемиколэктомии в зависимости от преимущественной локализации полипов и раковых опухолей. Эндоскопическое удаление полипов выполнялось методом электроэксцизии через фиброколоноскоп «Olympus CF-E3 L» с помощью стандартной диатермической петли и электрохирургического аппарата «Эндо-

том-1». За одну лечебную процедуру удалялось до 20–25 полипов размерами от 0,5 до 2,5 см. За 2–3 лечебные колоноскопии удалялись практически все визуализируемые полипы диаметром $\geq 0,5$ см.

Повторное хирургическое лечение проводилось в объеме колпроктэктомии с наложением постоянной концевой илеостомы.

Продолжительность диспансерного наблюдения больных составила от 4 до 10 лет.

Оценка результатов работы проводилась с помощью метода описательной статистики. Определяли среднее значение, ошибку среднего, стандартное отклонение, амплитуду, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Всего после эндоскопической санации от полипов сохраняемых отделов толстой кишки и адекватной комплексной предоперационной подготовки пациентам в плановом порядке успешно выполнены 3 правосторонние и 4 левосторонние гемиколэктомии по поводу диффузного полипоза толстой кишки, осложнённого рецидивирующим кровотечением или малигнизацией полипов. В двух случаях левосторонняя гемиколэктомия сочеталась с резекцией ректосигмоидного отдела и верхнеампулярного отдела прямой кишки по причине локализации здесь раковых опухолей. Опасных для жизни осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось. Все пациенты впоследствии выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии.

При проведении эндоскопической полипэктомии в трех случаях возникло необильное (до 100 мл) интраоперационное кровотечение из ложа удалённых полипов на широком основании диаметром 2,0–2,5 см, которое было остановлено эндоскопическим методом с помощью электрокоагуляции или клипирования.

На протяжении последующего диспансерного наблюдения во время контрольных колоноскопий, которые в первый год выполнялись через 3–6–12 месяцев, а в последующем 1 раз в год, во всех случаях отмечался рост оставшихся и возникновение новых аденоматозных полипов, которые удалялись преимущественно во время контрольных эндоскопических исследований. У четырех из семи пациентов в сроки наблюдения от 3 до 7 лет при контрольной колоноскопии обнаружены раковые опухоли, занимающие от 1/4 до 1/2 окружности просвета. У одного пациента на момент выявления раковой опухоли уже имелись отдалённые метастазы в печени, а у трех остальных во время повторной, но уже радикальной операции (колпроктэктомия) выявлено метастатическое пора-

жение регионарных лимфатических узлов. Спустя два года после радикальной операции один больной погиб от распространенного метастатического поражения брюшины и печени, а двое других успешно преодолели рубеж пятилетней выживаемости.

Таким образом, после нерадикальных операций в сочетании с эндоскопической полипэктомией рак в сохранённых отделах толстой кишки развился у 4 (57%) из 7 наблюдаемых пациентов. Возраст больных на момент первичного установления диагноза рака колебался от 43 до 55 лет.

Обсуждение. Несмотря на резекцию отделов толстой кишки с преимущественной локализацией полипозного поражения и эндоскопическую санацию оставшихся, свободных от раковых опухолей отделов толстой кишки, включая повторную полипэктомию во время контрольных эндоскопических исследований, у пациентов с диффузным семейным полипозом наблюдается рост старых и образование новых аденоматозных полипов, а также возникновение раковых опухолей. Данные диспансерного наблюдения за больными свидетельствуют о том, что эндоскопическая полипэктомия не устраняет высокого риска возникновения рака в оставшихся после нерадикальных операций отделах толстой кишки [4]. Это лишь доказывает, что при генетически обусловленной патологии, каковой является диффузный семейный полипоз толстой кишки, эндоскопическое удаление подавляющего большинства или даже всех макроскопически определяемых полипов не гарантирует от возникновения в оставшихся мелких полипах или в визуально нормальной слизистой оболочке микроскопических очагов рака (микрокарцином), способных относительно быстро (в течение 12 месяцев) эволюционировать в опасные для жизни инвазивные раковые опухоли [2, 3]. В случае диффузного полипоза потенциальным патологическим субстратом является вся слизистая оболочка толстой кишки, что диктует необходимость её полного удаления, чего невозможно достичь методом внутрипросветной эндоскопической хирургии [5].

Заключение. Таким образом, нерадикальное хирургическое лечение в сочетании с эндоскопической полипэктомией не избавляет больного диффузным семейным полипозом толстой кишки от высокого риска возникновения колоректального рака. В случае диффузного семейного полипоза эндоскопическая полипэктомия имеет ограниченное значение (верификация диагноза, остановка кровотечения), так как не в состоянии полностью ликвидировать потенци-

альный субстрат заболевания, каковым является вся слизистая оболочка толстой кишки.

Конфликт интересов. Работа выполнена в соответствии с планами научных исследований ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по проблемам федеративного значения 21.04. «Хирургия органов брюшной полости» и включена в план НИР МГМСУ с номером государственной регистрации 01200906307. Данная научная работа не участвует в грантовых исследованиях и не выполняется по государственному контракту.

Библиографический список

1. Ривкин В.Л., Кирьянов И.В., Никитин А.М., Лукин В.В. Полипы и полипоз толстой кишки. М.: ИД Медпрактика-М, 2005. 152 с.
2. Обухов В.К. Оценка эффективности хирургических вмешательств, применяемых при лечении диффузного полипоза толстой кишки: автореф. дис.... канд. мед. наук. М., 1992.
3. Демьянов В.Н. Эндоскопическая полипэктомия в лечении диффузного полипоза толстой кишки: дис.... канд. мед. наук. М., 1989.
4. Федоров Б.Д., Никитин А.М. Диффузный полипоз толстой кишки. М.: Медицина, 1985. С. 35–40.
5. Laparoscopic colectomy for colonic polyps/O. Zmora, B. Benjamin, A. Reshef [et al.] // Surg. Endosc. 2009. Vol. 23, № 3. P. 629–632.
6. Поддубный Б.К., Кашин С.В., Политов Я.В., Куваев Р.О. Колоректальный рак и предопухолевая патология: новые методики эндоскопической диагностики и требования к подготовке толстой кишки // Болезни органов пищеварения. 2006. Т. 8, № 2. С. 122–124.

Translit

1. Rivkin V. L., Kir'janov I. V., Nikitin A. M., Lukin V. V. Polipy i polipoz tolstoj kishki. M.: ID Medpraktika-M, 2005. 152 s.
2. Obuhov V. K. Ocenka jeffektivnosti hirurgicheskikh vmeshatel'stv, primenjaemyh pri lechenii diffuznogo polipoza tolstoj kishki: avtoref. dis.... kand. med. nauk. M., 1992.
3. Dem'janov V. N. Jendoskopicheskaja polipjektivnaja v lechenii diffuznogo polipoza tolstoj kishki: dis.... kand. med. nauk. M., 1989.
4. Fedorov B. D., Nikitin A. M. Diffuznyj polipoz tolstoj kishki. M.: Medicina, 1985. S. 35–40.
5. Laparoscopic colectomy for colonic polyps/O. Zmora, B. Benjamin, A. Reshef [et al.] // Surg. Endosc. 2009. Vol. 23, № 3. P. 629–632.
6. Poddubnyj B. K., Kashin S. V., Polotov Ja. V., Kuvaev R. O. Kolorektal'nyj rak i predopuholevaja patologija: novye metodiki jendoskopicheskaj diagnostiki i trebovanija k podgotovke tolstoj kishki // Bolezni organov piwevarenija. 2006. T. 8, № 2. S. 122–124.

УДК 616.441–006.5–089.168.1–039.35 (045)

Обзор

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ РЕЦИДИВНЫЙ ЗОБ: ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ ОСЛОЖНЕНИЕ (ОБЗОР)

Ю. В. Коваленко — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры хирургии и онкологии ФПК и ППС.

POSTOPERATIVE RECURRENT GOITER: DISEASE OR COMPLICATION (REVIEW)

Yu. V. Kovalenko — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Surgery and Oncology of Raising Skills Faculty, Assistant.

Дата поступления — 14.05.2011 г.

Дата принятия в печать — 28.02.2012 г.

Коваленко Ю. В. Послеоперационный рецидивный зоб: заболевание или осложнение (обзор) // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 1. С. 152–158.

Отличие гистоструктуры узловых образований при морфологических исследованиях после первичной и повторной операций на щитовидной железе может свидетельствовать либо о формировании новой патологии