

## ЛЕЧЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ ПОЛИПОВ

Сафиева Айнур Камал

Центральный госпиталь Таможенного комитета,  
Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Республика Азербайджан

## THE TREATMENT OF COLORECTAL POLYPS

Safiyeva Aynur Kamal

Central Hospital of The Customs Committee,  
Azerbaijan Medical University, Baku, Republic of Azerbaijan

### Реферат

В образовании злокачественных опухолей важную роль играют аденоматозные полипы. Обобщен опыт выполнения колоноскопии в период с 2010 по 2016 г. в отделении эндоскопии в 1375 наблюдений, в том числе в 118 — в сочетании с эндоскопической полипэктомией. Своевременное осуществление колоноскопии с удалением выявленных полипов является "золотым стандартом" и важным фактором в предотвращении образования злокачественных опухолей кишечника.

**Ключевые слова:** колоректальный полип; тубулярная аденома; тубуловиллезная аденома; villезная аденома; полипэктомия.

### Abstract

Adenomatous polyps play an important role in development of malignant tumors.

Experience of colonoscopy conduction in 2010 — 2016 yrs in the Department of Endoscopy in 1375 observations, including 118 — in combination with endoscopic polypectomy, was summarized. Timely conduction of colonoscopy with excision of the polyps revealed constitutes a "gold standard" and significant factor in prophylaxis of development of malignant intestinal tumors.

**Keywords:** colorectal polyp; tubular adenoma; tubulo—villous adenoma; villous adenoma; polypectomy.

В развитых странах мира злокачественные опухоли толстого кишечника являются наиболее распространенными по сравнению с другими видами опухолей и занимают третье место [1]. По статистике, в США первое место занимают опухоли легких и предстательной железы — у мужчин, опухоли легких и грудной железы — у женщин.

В образовании колоректальных злокачественных опухолей важную роль играют неблагоприятная окружающая среда, питание, частое использование в пищу красного мяса, употребление пищи с малым количеством волокон. Кроме того, высокий уровень инсулина в крови обуславливает уменьшение пролиферации и апоптоза [2 — 4], воспалительные заболевания органов пищеварительного канала, язвенный колит, болезнь Крона повышают риск канцерогенеза. Важную роль в образовании злокачественных опухолей играют аденоматозные полипы [2, 5]. Аденома или аденоматозные полипы являются доброкачественными новообразованиями, происходящими из железистого эпителия слизистой оболочки толстой и прямой

кишки [6, 7]. Колоректальные полипы считают предшественниками злокачественных опухолей, то есть обуславливают высокий риск перерождения в рак. В 30 — 40% наблюдений злокачественные опухоли происходят из аденом [8 — 10].

По классификации ВОЗ, предраковые состояния кишечника перерождает в рак следующим образом.

1. "Сидячее" образование, особенно левостороннее, "не сформировавшиеся" крипты.

2. "Зубцевидное" образование, распространившееся до базального слоя крипты.

3. Полиповидное образование, состоящее из эктопических крипт.

Эпителиальная дисплазия возникает из эктопических крипт.

В последние годы широко обсуждается роль стволовых клеток в образовании колоректальных злокачественных опухолей [11]. Аномальная дифференциация крипт в базальной части обуславливает развитие рака.

Эффективный способ предотвращения образования колоректального рака — это своевременное обнаружение и удаление аденом

толстого кишечника при колоноскопии, поскольку 67% из них перерождаются в рак.

Микроскопически полипы делят на 3 типа: на ножке, sessильные и sessисессильные; гистологически подразделяют на 3 группы: тубулярные, тубуловиллезные и villезные.

Аденоматозные полипы в 65 — 80% наблюдений являются тубулярными, в 25% — тубуловиллезными, в 5 — 10% — villежными. Полипы диаметром менее 1 см в 90% наблюдений являются тубулярными. Тубуловиллезные аденомы обычно смешанной структуры, вероятность перехода в рак — 17%, вероятность перехода в рак villежных аденом 30 — 70%.

В образовании аденоматозных полипов важную роль играют такие факторы, как возраст, пол, место проживания. Наибольшая вероятность образования аденоматозных полипов отмечена у больных в возрасте 60 — 70 лет.

Выявление и удаление полипов возможно при широком применении колоноскопии [12].

Применение полипэктомии при обнаружении аденоматозных поли-

пов и постоянный контроль за их течением значительно уменьшают риск возникновения и перерождения в рак. По результатам исследований, проведение колоноскопии позволило уменьшить этот риск на 60 — 70%. В связи с этим, даже при наличии отрицательных результатов целесообразно проведение колоноскопического исследования через каждые 10 лет.

Цель исследования: выявление полипов по данным колоноскопии, эндоскопическое удаление полипов и анализ его результатов.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В период 2010 — 2016 гг. в отделении эндоскопии колоноскопия проведена у 1375 больных, из них у 118 (8,58% ± 0,76%) выполнена эндоскопическая полипэктомия с применением снєера и зажима для биопсии. Женщин было 44 (37,3%), мужчин — 74 (62,7%). В исследование включены больные в возрасте старше 45 лет, которые жаловались на нарушение дефекации, кровотечения, кровянистые слизистые выделения, запор, а также пациенты, обратившиеся для скринингового осмотра. За день до обследования больным рекомендовали программу очищения кишечника, при необходимости — направляли на консультацию к кардиологу. Обследование проводили под внутривенным наркозом, сразу после осмотра пациентов отпускали домой.

Осмотр был проведен с полной оценкой состояния толстого кишечника и прямой кишки, кишечник при неполном очищении оценивали как субоптимальный. Во время исследования кишечника обнаруженные полипы удаляли, диаметром менее 0,5 см — с помощью щипцов, более 0,5 см — снєера. Все удаленные полипы направляли на гистологическое исследование.

Всего обнаружены 185 полипов, в среднем  $1,57 \pm 0,12$  на каждого больного.

В восходящей ободочной кишке локализовались 12 (6,5% ± 1,8%) полипов, в проекции правого изгиба ободочной кишки — 9 (4,9% ± 1,6%),

в поперечной ободочной кишке — 14 (7,6% ± 1,9%), в проекции левого изгиба — 1 (0,5% ± 0,5%), в нисходящей ободочной кишке — 28 (15,1% ± 2,6%), в сигмовидной ободочной кишке — 44 (23,8% ± 3,1%), в ректосигмоидном переходе — 37 (20,0% ± 2,9%), в прямой кишке — 40 (21,6% ± 3,0%).

Следовательно, наиболее часто полипы располагались в левой половине толстого кишечника.

Полипы диаметром до 0,5 см обнаружены у 114 (61,6% ± 3,6%) больных, от 0,5 до 1 см — у 53 (28,6% ± 3,3%), от 1 до 3 см — у 18 (9,7% ± 2,2%).

По результатам исследования установлена прямая связь между размерами полипа и его морфологической структурой, полипы диаметром менее 0,5 см были преимущественно гиперпластическими.

У 3 больных возникло кровотечение, остановлено путем склеротерапии. Больные, которым раньше назначали варфарин в течение 7 сут, клопидогрель — в течение 5 сут, аспирин — в течение 5 сут, были переведены на фраксипарин, на следующие сутки после полипэктомии снова применяли стандартный режим.

По результатам гистологического исследования тубулярные полипы выявлены у 83 (44,9% ± 3,7%) больных, тубуловиллезные — у 27 (14,6% ± 2,6%), виллезные — у 2 (1,1% ± 0,8%), гиперпластические — у 72 (38,9% ± 3,6%), зазубренные — у 1 (0,5% ± 0,5%).

Тубулярные полипы локализовались в обеих половинах толстого кишечника, тубуловиллезные — в левой половине ободочной кишки, виллезные — в ректосигмоидной области.

Своевременное обнаружение и удаление малигнизированных полипов способствовало предотвращению развития колоректального рака.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

С использованием щипцов удалены 126 (68,1% ± 3,4%) полипов, снєера — 59 (31,9% ± 3,4%). По данным гистологического исследова-

ния выявлены 72 (38,9% ± 3,6%) гиперпластических полипа. Больным, у которых обнаружены тубулярные полипы повторное обследование проводили через 1 год, тубуловиллезные и виллезные полипы — через 6 мес. У двух больных при выявлении высокой дисплазии предложена и проведена соответствующая операция.

Во время полипэктомии у 3 (2,5% ± 1,4%) больных возникло кровотечение, у 1 из них — осуществлено клипирование, у 2 — склеротерапия. У 4 (3,4% ± 1,7%) больных возникли рецидивы полипов, произведена повторная полипэктомия. У одного из этих больных выявлена перфорация, у 2 — постполипэктомический синдром. У пациентов, которым проведено скрининговое колоноскопическое обследование, осложнений не было.

Полипэктомия на правой половине толстого кишечника, в частности, на восходящей ободочной кишке, сопряжена с более высоким риском в связи с более тонкими стенками, большим количеством подслизистых поверхностных артерий. Частота возникновения кровотечения зависела от размеров полипов, большие полипы чаще кровоточили. Кровотечение, как правило, возникало в 1 — 14-е сутки после операции.

Перфорация может возникнуть непосредственно во время исследования, вследствие повреждения стенки кишечника щипцами при биопсии или баротравмы. Риск перфорации более высок у больных при наличии дивертикулов или пациентов пожилого возраста. Выявление поздней перфорации является прямым показанием к выполнению лапаротомии.

Постполипэктомический синдром возникает вследствие хот биопсии, таким больным показано консервативное лечение.

Таким образом, своевременное проведение колоноскопии с удалением выявленных полипов является "золотым стандартом" и важным фактором предупреждения возникновения злокачественных новообразований кишечника.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Cancer Facts and Figures 2016. Cancer .org:2016 17 May.
2. Anfrew R Marley, Hongmei Nan. Epidemiology of colorectal cancer. *Int J Mol Epidemiol Genet.* 2016;7(3):105—14. Published online 2016 sep 30.
3. Lopez—Morra HA, Linn S, Tejada J, Ofori EA, Guzman LG, Sanivarapu S, et al. Sa1444 Does Insulin Influence the Risk of Colon Adenomas and Colorectal cancer. A Multicenter Look at a minority population. *Gastrointest Endosc.* 2014;79:AB214.
4. Yashiro M. Ulcerative colitis—associated colorectal cancer. *World J Gastroenterol.* 2014;20:16389—97.
5. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet—Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer L Clin.* 2015;65:87—108.
6. O Brein MJ, Winawer SJ, Zauber AG, et al. The National Polyp Study. Patient and polyp characteristics associated with high—grade dysplasia in colorectal adenomas. *Gastroenterology.* 1990;98:371—9.
7. O Riordain DS, O Dwyer PJ, Cullen AF, et al. Familia juvenile polyposis coli and colorectal cancer. *Cancer.* 1991;68:889—92.
8. Rembacken BJ, Fujii T, Cairnis A, et al. Flat and depressed colonic neoplasms: a prospective study of 1000 colonoscopies in the UK. *Lancet.* 2000;355:1211—4.
9. Silverstein FE, Tytgat GNJ. *Colon I: Polyps and Tumors.* Gastrointestinal Endoscopy, 3rd ed. Mosby— Wolfe, 1997.261—91.
10. Zauber AG, Winawer SJ. Initial management and follow—up surveillance of patients with colorectal adenomas. *Gastroenterol Clin N Am.* 1997;26:85—101.
11. Nishimura S, Wakabayashi N, Toyoda K, et al. Expression of Musashi—1 in human colon crypt cells: a possible stem cell marker of human colon epithelium. *Dig Dis Sci.* 2003; 48(8):1523—29.
12. Tae Oh Kim. Optimal colonoscopy surveillance interval after polypectomy. *Clin Endosc.* 2016 Jul;49(4):359—63.

