

Диагностический алгоритм и хирургическая тактика у больных с колоректальными ворсинчатыми новообразованиями

И. Г. ГАТАУЛЛИН, С. В. ПЕТРОВ, А. В. ИГУМЕНОВ, А. А. ВАЛИЕВ, Р. К. ШАКИРОВ
Приволжский филиал РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН
Клинический онкологический диспансер МЗ РТ

Актуальность проблемы

Ворсинчатые аденомы отличаются особенно высокой склонностью к перерождению и рецидивированию. Частота их малигнизации достигает 71% (Веселов В. В., 1997). Предраковый характер ворсинчатых опухолей не вызывает сомнений. Большинство авторов считают, что колоректальные ворсинчатые опухоли являются облигатным предраком (Воробьев Г. И. и соавт., 1995, Donec J. M., Schulte F., Lohner M., et al., 1995). В связи с высоким риском злокачественной трансформации ворсинчатых опухолей их ранняя диагностика и своевременное лечение являются частью мероприятий по снижению заболеваемости раком толстой кишки.

Благодаря успехам биохимии и молекулярной биологии в настоящее время в арсенале исследователей и клиницистов имеется огромное количество биологически значимых показателей, которые могут помочь в диагностике раннего колоректального рака, возникшего на фоне ворсинчатого новообразования и, соответственно, в выборе адекватного метода лечения. Появились принципиально новые возможности использования антител, как наиболее чувствительных из существующих сегодня биологических маркеров клеток и их компонентов (Петров С. В., Райхлин Н. Т., 2004). Разработка алгоритма диагностики злокачественной трансформации ворсинчатых опухолей, включающего лучевые, иммуногистохимические методы, может привести к выработке четких показаний к проведению органосохраняющих операций, своевременному выполнению расширенных и радикальных вмешательств, что позволит значительно улучшить результаты лечения этой группы больных.

Цель исследования: улучшение результатов диагностики и хирургического лечения больных с колоректальными ворсинчатыми новообразованиями.

Материалы и методы исследования. Работа основана на анализе результатов клинического обследования и лечения 91 пациента с крупными ворсинчатыми опухолями толстой кишки от 22 до 83 лет.

Основная доля новообразований толстой кишки приходилась на прямую кишку — 79 случаев (86,3%), на левые отделы толстой кишки — 10 случаев (11,6%), на правые отделы — 2 случая (2,1%). По характеру роста колоректальные новообразования были узловыми в 60 наблюдениях (65,8%) и стелющимися в 31 наблюдении (34,1%).

Всем больным проводили прежде всего пальцевое исследование прямой кишки. Ректороманоскопию провели 91 больному; из них у 79 выявили новообразование прямой кишки. Фиброколоноскопию выполняли всем больным с выявленными образованиями прямой кишки. Выявили дополнительно 12 новообразований толстой кишки. Рентгеновскую компьютерную томографию выполняли после предварительного комплексного исследования как дополнительный метод при подозрении на опухолевую инфильтрацию. Ультразвуковую эхографию прямой кишки проводили с использованием ректального датчика линейного и радиального сканирования, с обзором 360° и с частотой от

5 до 10 МГц. Ультразвуковую колографию выполняли во время ирригации толстой кишки водой. Для проведения эхоколографии использовали трансабдоминальный конвексный датчик с частотой от 2,5 до 7,5 МГц.

Биопсийный и операционный материалы отправляли на морфологическое исследование, включавшее стандартное гистологическое исследование и иммуногистохимический тест на тканевые биомаркеры. Иммуногистохимические исследования проведены с помощью набора моноклональных антител к маркеру Ki-67, мутантному белку гена p53, а также к РЭА.

Иммуногистохимические реакции на парафиновых срезах проводили с помощью систем стрептавидин-биотин (LSAB 2, DakoCytomation) и авидин-биотин (Novostain, Novocastra).

Результаты собственных исследований. Исходя из поставленных задач и в зависимости от объема проведенного предоперационного обследования, больные были разделены на 2 группы: I группу — 27 пациентов — составили больные, комплекс обследования которых включал в себя обязательное клиническое обследование пациентов, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию, фиброколоноскопию, ирригоскопию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза; II группу — 48 больных — составили пациенты, которым помимо вышеперечисленных обследований были проведены трансректальное ультразвуковое исследование, ультразвуковая колография, компьютерная томография органов малого таза, иммуногистохимические исследования удаленных препаратов.

Методами трансректального ультразвукового исследования и ультразвуковой колографии обследовали 48 пациентов. Они позволяют выявить косвенные признаки малигнизации и решить следующие диагностические задачи:

- определить наличие внутрипросветного образования от 1 сантиметра в диаметре;
- оценить протяженность опухолевого процесса;
- определить степень поражения стенки кишки;
- определить глубину инфильтрации стенки кишки.

Результаты эндоректальной эхографии и ультразвуковой колографии сопоставляли с операционными находками, результатами макро- и микроскопического исследования резецированных препаратов. Совпадение до- и послеоперационного диагнозов составило 68%.

Помимо стандартного гистологического исследования 48 удаленных препаратов подвергнуты иммуногистохимическому исследованию, включавшему исследование экспрессии раково-эмбрионального антигена, онкобелка гена p53 и маркера пролиферации Ki-67 (таблица 1).

Как видно из таблицы, наиболее важными биомаркерами манифестирующими злокачественную трансформацию ворсинчатых опухолей следует считать p53, Ki-67/PCNA и РЭА.

В результате проведенных исследований разработан алгоритм обследования и лечения больных с колоректальными новообразованиями, позволяющий оценить распространенность процесса, выявить признаки злокачественной трансформации опухоли и объективизировать показания к выбору метода оперативного вмешательства (таблица 2).

Таблица 1. Экспрессия маркеров дифференцировки и пролиферации эпителия кишки и анального канала в норме, в клетках ворсинчатых полипов и в клетках колоректального рака

Маркер	Норма	Ворсинчатые полипы	Колоректальный рак
РЭА	отсутствует	Слабая апикальная реакция	Яркая (80%), Умеренная (20%)
Ki-67	отсутствует	Средний индекс Ki-67 от 5,5±0,38% до 12,1±0,45%	Средний индекс Ki-67 62,5±2,78%
P53	отсутствует	Слабая/умеренная	Яркая (80%), Умеренная (20%)

Выбор метода лечения и его результат у больных с выявленными колоректальными новообразованиями, во многом зависят от данных, полученных на дооперационном этапе.

Преобладающим оперативным вмешательством в I группе было эндоскопическое удаление опухоли — 16 (59,3%) случаев, во II группе — трансанальное иссечение опухоли — 22 (45,7%) случая. Через ректоскоп с использованием методики петлевой электроэксцизии было удалено 28 ворсинчатых новообразований прямой кишки. Образование иссекали по всей площади до подслизистого слоя. Возникающее кровотечение останавливали с применением электрокоагулятора, в ряде случаев — наложением танталовых скоб. С использованием фиброколоноскопа удалено 6 новообразований. При этом также использовали методику удаления опухолей одномоментно или фрагментами. Возникающее кровотечение останавливали эндоскопическими методами.

Методика трансанального удаления ворсинчатых опухолей прямой кишки применена у 32 пациентов. Использовали операционный ректоскоп и набор инструментов для эндохирургии. Применяли «парашютную» технику удаления опухолей, при которой основание образования прошивали нитями, за которые осуществлялась тракция «объекта». Иссечение проводили в пределах здоровых тканей, раневой дефект при этом ушивали рассасывающим материалом на атравматической игле. У 9 пациентов были выполнены резекции кишки на различном уровне.

Всех пациентов, перенесших удаление ворсинчатых колоректальных новообразований, наблюдали амбулаторно. Рецидивы

заболевания чаще отмечались в I группе больных и составили 40,7%, в то время как во II группе рецидивы заболевания были в 8,3% случаев. Из 15 прослеженных рецидивов ворсинчатой опухоли — 13 (86,7%) рецидивировали как тубулярно-ворсинчатая аденома с различной степенью дисплазии, 2 (13,3%) — как аденокарцинома.

Заключение

Проведенное исследование показало, что разработанный алгоритм диагностики и лечения колоректальных ворсинчатых новообразований позволил правильно выбрать лечебную тактику и способствовал отбору больных для эндоскопического и трансанального иссечения опухоли. Результатом такого подхода послужило значительное снижение местных рецидивов с 40,7% до 8,3%. Меньший процент рецидивов опухоли у больных II группы, по нашему мнению, объясняется более полным дооперационным обследованием, включавшем трансректальное ультразвуковое исследование, ультразвуковую колографию, компьютерную томографию и иммуноморфологические методы исследования. Предложенный алгоритм обследования пациентов способствовал более точной оценке распространенности процесса, как по протяженности, так и по глубине инвазии в стенку кишки, позволил заподозрить злокачественную трансформацию ворсинчатой опухоли, что способствовало выполнению радикальных операций, соответствующих объему и характеру поражения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веселов В. В. Эндоскопическое лечение больных с большими и гигантскими аденомами толстой кишки. Дисс. д.м.н. — М., 1997.
2. Воробьев Г. И., Одарюк Т. С., Шельгин Ю. А., Капуллер Л. Л., Корняк Б. С., Тихонов А. А., Орлова Л. П. Дифференциальная диагностика неэпителиальных опухолей прямой кишки. — Хирургия. — 1995. — № 1. — С. 45-50.
3. Петров С. В., Райхлин Н. Т. Клиническая иммуноморфология. — Казань, 2004.
4. Donec J. M., Schulte F., Lohnert M., et al. Endoscopic treatment of large colorectal polyps. Fifth Congress of European Council for Coloproctology. Barcelona, Spain. — 14-17 June. — 1995. — Abstracts: p. 14.

Таблица 2

Алгоритм обследования и лечения больных с колоректальными ворсинчатыми новообразованиями. КОЛОРЕКТАЛЬНОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ

