

## ДИАГНОСТИКА РЕЗИДУАЛЬНЫХ ПОЛИПОВ ЖЕЛУДКА

Есенин Д. Ю., Сотников В. Н., Дубинская Т. К., Волова А. В.

Российская медицинская академия последипломного образования

Есенин Дмитрий Юрьевич

Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1

Тел.: 8 (909) 666 5835

E-mail: desenin@mail.ru

### РЕЗЮМЕ

В статье представлен сравнительный анализ макроскопических и морфологических характеристик первично удаленных и резидуальных полипов желудка. Выявлены достоверные макроскопические признаки резидуальных полипов, позволяющие диагностировать их при эндоскопическом осмотре. Особенности гистологического строения позволяют отнести резидуальные полипы в группу гиперрегенераторных.

### SUMMARY

This article presents the comparative analysis of the macroscopic and the morphological characteristics of primary and remote residual stomach polyps. There were significant signs of macroscopic residual polyps, allowing them to diagnose by endoscopic examination. Histological features allow us to attribute residual polyp group of hyperregenerative.

### ВВЕДЕНИЕ

Эндоскопическое исследование является основным методом диагностики полипов. По данным литературы, частота выявляемости полипов желудка при ЭГДС составляет 0,6–5,9% [8]. Согласно номенклатуре OMED, полипом называют «выступающее поражение (протрузию) слизистой оболочки на ножке или на широком, отчетливо ограниченном основании» [6]. Это термин макроскопический, в большинстве случаев судить о гистологической принадлежности и биологической сущности образования возможно только после его морфологического исследования [1; 7].

Эндоскопическая полипэктомия является основным способом лечения больных с одиночными и множественными полипами [2; 5]. Изучение отдаленных результатов эндоскопической полипэктомии показало ее высокую эффективность и безопасность. Однако в отдельных случаях после эндоскопического лечения отмечается повторный рост полипов. Такие полипы принято называть рецидивными.

Особый интерес представляют полипы, растущие в ранние сроки после полипэктомии на месте

их первичной локализации. Причем повторная электроэксцизия в большинстве случаев не дает результатов, отмечается упорное многократное возникновение полипа в зоне его удаления [5]. Причиной этого считается неполное удаление полипа во время его электроэксцизии: остаточная ткань (*residua*) дает быстрый повторный рост полипа [4]. Такой полип В. Н. Сотников и соавт. (1997) предложили называть резидуальным, или остаточным [3; 5]. В литературе эта проблема освещена крайне скудно и требует изучения.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На клинической базе кафедры эндоскопии РМАПО — в отделении эндоскопии ГКБ имени С. П. Боткина проводилось лечение и динамическое наблюдение за 70 пациентами с резидуальными полипами желудка. Сроки наблюдения составили от 1 года до 12 лет.

Данные по полу и возрасту пациентов представлены в *таблице*.

**СООТНОШЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РЕЗИДУАЛЬНЫМИ ПОЛИПАМИ ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ**

Возраст, лет	Пол				Всего	
	муж.	%	жен.	%	абс.	%
31 – 50	3	4,29	3	4,29	6	8,58
51 – 70	16	22,88	26	37,18	42	60,06
> 71	5	7,15	17	24,31	22	31,46
Всего	24	34,32	46	65,78	70	100

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

За период с 1997 по 2008 год полипэктомия была произведена 936 пациентам. Из них у 77,5% больных полипы локализовались в теле желудка, у 17,4% больных — в антральном отделе, у 5,1% пациентов — в теле и антральном отделе. Повторный рост полипа на месте его удаления возник у 38 пациентов (4%). Остальные 32 пациента с резидуальными полипами, наблюдавшиеся в нашей клинике, были направлены на консультацию из других лечебных учреждений Москвы, где им выполнялась первичная полипэктомия.

Во всех 70 случаях повторный рост полипов в ранние сроки после полипэктомии на месте их первичной локализации отмечался только в антральном отделе желудка.

**ДАННЫЕ МАКРОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЛИПОВ**

При анализе распределения резидуальных полипов в антральном отделе по стенкам желудка было выявлено, что полипы преимущественно локализовались на передней стенке (40%), по остальным стенкам они распределились со следующей частотой: большая кривизна — 15,71%, малая кривизна — 20%, задняя стенка — 24,28%.

В подавляющем большинстве случаев повторно растущие полипы были одиночными — 92,8%. Значительно реже (7,2%) встречаются 2–3 повторно растущих полипа (рис. 1–2 см. на цветной вклейке).

Сравнительный анализ размеров первично удаленных и резидуальных полипов (рис. 3) показал, что резидуальные полипы значительно крупнее первично удаленных полипов (рис. 4–5 см. на цветной вклейке). Большинство резидуальных полипов через год после первичного удаления имеют размеры свыше 1 см (52,8%), различия статистически достоверны ( $p < 0,01$ ).

Сравнительная оценка цвета первичных и резидуальных полипов представлена на рис. 6.

Из рисунка видно, что большинство резидуальных полипов имеют пеструю окраску (77,1%), тогда как первичные полипы — преимущественно красного цвета (82,6%). Различия статистически достоверны ( $p < 0,01$ ). Характерная макроскопическая картина первично удаленного и резидуального полипов представлена на рис. 7–8 (см. на цветной вклейке).

Сопоставительный анализ первично удаленных и резидуальных полипов по форме (рис. 9, 10 см. на цветной вклейке) показал, что резидуальные полипы в подавляющем большинстве случаев (78,5%), имеют широкое основание, первичные — преимущественно узкое (64,8%). Различия статистически достоверны ( $p < 0,01$ ).

Сравнительное изучение наличия или отсутствия изъязвлений на поверхности полипов (рис. 11) показало, что в отличие от первичных большинство резидуальных полипов были изъязвлены (рис. 12–13 см. на цветной вклейке).

Таким образом, сравнительное изучение макроскопических характеристик первично удаленных

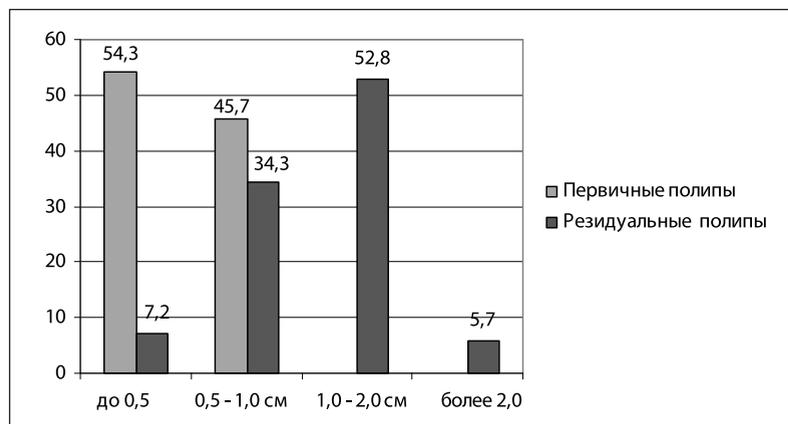


Рис. 3. Соотношение размеров первичных и резидуальных полипов

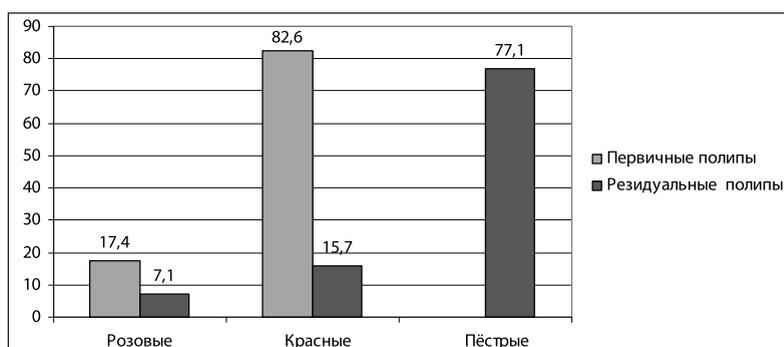


Рис. 6. Соотношение цвета первичных и резидуальных полипов

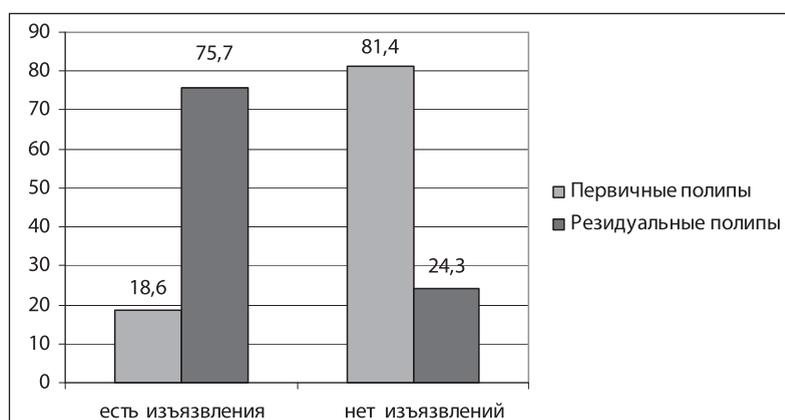


Рис. 11. Наличие изъязвлений на поверхности резидуальных и первичных полипов

и резидуальных полипов выявило достоверные макроскопические признаки, позволяющие на основании эндоскопического осмотра диагностировать повторный рост полипа после его предшествующего удаления.

Всем 70 пациентам с резидуальными полипами выполнялись повторные полипэктомии в сроки от 6 месяцев до года. Количество полипэктомий у одного больного варьировало от одной до семи. Морфологическому исследованию подвергались все первично удаленные и резидуальные полипы.

#### ДАнные морфологического исследования первичных и резидуальных полипов

Первично удаленный полип во всех случаях был гиперпластического строения. Повторно выросшие полипы имели некоторые микроскопические особенности.

На рис. 14 (см. на цветной вклейке) представлены микропрепараты первично удаленного полипа. По морфологическому строению это гиперпластический полип.

В первично удаленном полипе обычно имеется равномерно выраженная гиперплазия покровно-ямочного эпителия (фовеолярная гиперплазия), фиброваскулярная строма распределена равномерно, кистозно расширенных желез мало, дисплазия эпителия и кишечная метаплазия (полная и неполная) встречаются редко.

На рис. 15 (см. на цветной вклейке) представлены микропрепараты резидуального полипа.

При изучении микропрепаратов резидуальных полипов был выявлен ряд особенностей: формирование фиброэпителиальных сосочков с неравномерно выраженным ангиоматозом, частая встречаемость кистозно расширенных желез, уменьшение плотности железистых структур и перигландулярный фиброз. Также в основании отдельных полипов имелось подобие фиброзного ядра, отдающего соединительнотканые тяжи вплоть до стромальной основы новообразованных сосочков.

И в том, и в другом случае микроскопическая картина укладывается в диагностическую характеристику «гиперплазиогенного полипа», то есть доброкачественного фиброэпителиального опухолеподобного образования слизистой оболочки желудка с наличием тех или иных вторичных изменений. Изменения, которые мы описываем в резидуальных полипах, можно наблюдать и в первичных, не подвергавшихся каким-либо врачебным манипуляциям, вероятно, в силу их локализации, размеров, давности существования или каких-либо факторов, с трудом поддающихся учету. Однако эти изменения встречаются редко и в неполном наборе.

Рецидивный рост гиперпластического полипа на месте его удаления может быть вызван двумя причинами: нерадикальностью удаления первичного полипа или патологической регенерацией.

Первая причина может быть практически исключена, так как радикальность удаления полипа достаточно легко контролируется визуально: после электроэксцизии полипа возникает глубокий дефект слизистой оболочки вплоть до подслизистого слоя, а если возникают сомнения в радикальности удаления, ложе полипа обрабатывается электрокоагуляцией.

После удаления полипа формируется глубокий дефект слизистой оболочки с обнажением подслизистого слоя. Дальнейшее закрытие дефекта должно подчиняться кинетике воспалительной реакции, конечной биологической задачей которой является отграничение очага повреждения и подготовка репаративного процесса. Исходя из конечного результата, а именно формирования нового полипа большего размера на месте ранее удаленного

и развития избыточного количества соединительной ткани, при сохранении общих структурных характеристик, позволяющих охарактеризовать вновь возникшее образование как «гиперплазиогенный полип», мы можем предположить извращение кинетики воспалительной реакции в сторону избыточного фиброгенеза при участии в регенераторных изменениях эпителия с измененной кинетикой созревания и экстрезии, сохранившегося в краях дефекта.

Таким образом, полип, растущий повторно на месте ранее удаленного гиперплазиогенного полипа, имеет не только макроскопические, но и морфологические отличия от первичного полипа, что позволяет выделить его в отдельную группу полипов с наиболее подходящим названием «гиперрегенераторный полип».

## ЛИТЕРАТУРА

1. Блок Б., Шахмаль Г., Шмидт Г. Гастроскопия/Пер. с нем. под общ. ред. И. В. Маева, С. И. Емельянова. — М.: МЕД пресс-информ, 2007. — 216 с: с. 119–127.
2. Васильев Ю. В., Гуляев В. В. Новое в технике удаления полипов желудка при эндоскопической полипэктомии // 1-й Всес. симпозиум по гастроинтест. эндоскопии. — Рига: Наука, 1980. — С. 32–33.
3. Никишина Е. И. Эндоскопическая диагностика и лечение резидуальных полипов желудка: дис. ... канд. мед. наук. — М., 2000. — С. 49–50.
4. Соколов А. А. Отдаленные результаты эндоскопического удаления полипов желудка: дис. ... канд. мед. наук. — М., 1984. — 128 с.
5. Сотников В. Н., Никишина Е. И., Сотников А. В. и др. Особенности эндоскопического удаления рецидивных полипов, причины их возникновения // 2-й межд. конгресс по эндоскоп. хирургии. Москва, 23–25 апреля, 1997. — С. 339–341.
6. Терминология, определения терминов и диагностические критерии в эндоскопии пищеварительного тракта: номенклатура ОМЭД. Введ.: Б. К. Поддубный. Изд. на русском языке: Е. Д. Федоров. — 3-е переработ. и доп., 1 русское изд.: Normed-Verl., 1996.
7. Юхтин В. И. Полипы желудочно-кишечного тракта. — М.: Медицина, 1978.
8. Borch K., Skarsgard J., Franzen L. et al. Benign gastric polyps: morphological and functional origin // Dig Sci. — 2003. — Vol. 48, № 7. — P. 1292–1297.