

УДК 616.345-006.5+616.345-006.5-031.811-089

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ПОЛИПАХ И ПОЛИПОЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

А.И. Абелевич, ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»

Абелевич Александр Исакович – e-mail: aabelevich@yandex.ru

Данная статья посвящена проблеме диагностики и лечения неопластических полипов и полипоза толстой кишки. Единичные полипы на ножке целесообразно удалять путем электроэксцизии через колоноскоп, стелющиеся ворсинчатые полипы – путем слизистой-подслизистой или полнослойной резекции кишечной стенки. При диффузном полипозе показана колпроктэктомия с наложением резервуарного илеоанального анастомоза или постоянной илеостомы. При множественном полипозе толстой кишки целесообразно выполнение операций с полным или частичным сохранением прямой кишки и последующей электроэксцизией оставшихся полипов при условии отсутствия высокого потенциала злокачественности

Ключевые слова: полипы, полипоз, ободочная кишка, прямая кишка.

The article is devoted a problem of management of colonic and rectal neoplastic polyps and polyposis. Single pedunculated polyps are removed through colonoscope by electro cauterization, sessile villous polyps - during partial-thickness or full- thickness colonic wall resection. Diffuse polyposis demands total colorectal resection with or without ileopouch – anal anastomosis. Multiple colonic polyposis admits rectal sparing kind of operation provided that high malignant potential is not present.

Key words: polyps, polyposis, colon, rectum.

Полипом принято называть всякую локальную опухоль с четкими границами, возвышающуюся над поверхностью эпителия полого органа. Это собирательное понятие может включать в себя образования, отличающиеся не только размерами, которые могут варьировать от нескольких миллиметров до 10 сантиметров и более, но и локализацией, характером роста, осложнениями и гистологической формой, во многом определяющей потенциал злокачественности [1]. Во многих случаях полипами называют образования, не имеющие отношения к опухолям, например, лимфоидные агрегаты или ретенционные кисты, а также подслизистые образования, покрытые неизменной слизистой оболочкой, например, липомы.

Среди новообразований слизистой оболочки также имеются существенные различия. Так, гиперпластические, гамартомные и аденоматозные полипы обладают различным потенциалом злокачественности и, следовательно, при выработке лечебной тактики и анализе результатов лечения должны рассматриваться отдельно. Гиперпластические полипы чаще всего локализуются в прямой и сигмовидной кишках, бывают множественными, размеры их обычно не превышают 5 миллиметров, цвет соответствует окружающей слизистой оболочке или чуть бледнее. Микроскопическая картина представлена гиперпластическим эпителием, придающим криптам фестончатый оттенок [2]. Эти полипы не являются неопластическими, и даже консервативное противовоспалительное лечение может привести к их полному

исчезновению. Однако при множественных (более 30) крупных (более 1 см) гиперпластических полипах диагностируется «гиперпластический полипоз», означающий большой риск возникновения злокачественной опухоли толстой кишки по сравнению со здоровой популяцией [3].

Гамартомы толстой кишки, обычно представленные в виде ювенильных полипов и синдрома Пейтц-Егерса, также не являются неопластическими образованиями. Ювенильные полипы, чаще расположенные в дистальных 10 см прямой кишки, в основном диагностируются в детском возрасте и рассматриваются большинством патологоанатомов не как истинная опухоль, а как порок развития собственной пластинки слизистой оболочки. Полипы, представляющие синдром Пейтц-Егерса, возникают в различных отделах пищеварительного тракта, чаще в тонкой кишке, сочетаются с характерной пигментацией вокруг губ и пальцев и передаются по аутосомно-доминантному типу. При морфологическом исследовании наряду с эпителиальной выстилкой в них находят мощный ветвистый каркас из элементов muscularis mucosae и отсутствие дисплазии, что свидетельствует о низкой вероятности малигнизации. Тем не менее, более частое по сравнению с общей популяцией обнаружение злокачественных опухолей позволяет предположить возможность трансформации гамартомных полипов в неопластические и затем в карциному [2].

Аденоматозные полипы – доброкачественные опухоли слизистой оболочки толстой кишки, классифицируемые как

неопластические, обладают наибольшим потенциалом злокачественности и требуют удаления, которое чаще всего производится путем электроэксцизии через колоноскоп.

При семейном полипозе, являющимся облигатным предраком, риск малигнизации крайне высок, что часто обуславливает более агрессивную тактику лечения.

Выполняются следующие виды операций:

1. колпроктэктомия с илеостомией или илеоанальным анастомозом;
2. колэктомия, передняя резекция прямой кишки, илеоректоанастомоз;
3. колэктомия, илеоректоанастомоз.

Последние два вида операции часто осуществимы только при условии оставления в прямой кишке неудаленных полипов. Количество и размер полипов, оставляемых для послеоперационных санаций, сроки их выполнения, а главное целесообразность органосохраняющей тактики остается дискутабельной и требует дальнейших исследований.

Цель исследования: оптимизация тактики лечения неопластических полипов и полипоза толстой кишки.

Материал и методы

В течение 10 лет в хирургической клинике им. А.И. Коженикова НОКБ им. Н.А. Семашко лечились 1318 пациентов с неопластическими полипами ободочной и прямой кишки.

Распределение пациентов на группы производилось в соответствии со следующими классификациями:

По количеству полипов (4):

1. одиночные полипы – до 3 новообразований;
2. групповой полипоз – до 10 полипов, гнездно расположенных в сегменте кишки;
3. множественный полипоз – большое число полипов, не поддающееся подсчету, но имеются свободные участки слизистой оболочки;
4. диффузный полипоз – полипы сплошь усеивают слизистую оболочку.

По гистологической структуре (классификация ВОЗ):

1. Тубулярные – термин соответствует форме эпителиальных структур, в которых могут наблюдаться митозы, но нет инвазии собственной пластинки слизистой. Вилезный компонент отсутствует или минимален. Слизеобразование не выражено.
2. Вилезные (ворсинчатые) – доля вилезного компонента в виде пальцевидных отростков собственной пластинки, покрытых вертикально ориентированными эпителиальными клетками, составляет более 75%. Выражено слизеобразование, атипия и дисплазия.
3. Тубулярно-вилезные – смешанная форма, доля вилезного компонента составляет менее 75%.

У 961 (72,9%) пациента имелись тубулярные полипы, у 86 (6,52%) – эндофитные ворсинчатые, в остальных случаях были зарегистрированы смешанные формы. Групповой полипоз имел место в 28 (2,12%) наблюдениях, множественный – в 31 (2,35%), диффузный – у 11 (0,83%). Синдром Гарднера – семейный полипоз в сочетании с остеомы и опухолями мягких тканей (была обнаружена опухоль Фатерова соска) – имел место в 1 наблюдении. В остальных случаях были одиночные полипы ободочной и прямой кишки.

Основным объективным методом диагностики являлась фиброколоноскопия, во время которой выполнялась инци-

зионная или эксцизионная биопсия найденных новообразований. Рентгенологическое исследование как самостоятельный метод использовалось только в тех случаях, когда имелись технические трудности проведения колоноскопа по толстой кишке. В последние годы стала выполняться виртуальная колоноскопия на основе компьютерной томографии, однако ее диагностическая ценность нами еще не изучалась. Наряду с обследованием толстой кишки выполнялись фиброгастродуоденоскопии, УЗИ брюшной полости и почек, рентгеноскопия грудной клетки. При наличии семейного анамнеза проводилось дополнительное обследование для выявления внекишечных проявлений синдрома Гарднера: исследовались щитовидная железа, зубы и челюсти, поджелудочная железа, сетчатка глаза. Тотальный осмотр кожных покровов позволял исключить синдром Олдфилда – сочетание полипоза с кистами сальных желез. Для исключения синдрома Тюрко (сочетание полипоза толстой кишки с опухолями центральной нервной системы) проводилась магнитно-резонансная томография головного мозга.

Лечебная тактика зависела от количества полипов, их локализации, размеров, формы роста и результата гистологического исследования биоптата.

Основной метод лечения тубулярных полипов на ножке – электроэксцизия через колоноскоп или ректоскоп – был предпринят нами в 906 (94,2%) случаях. У 38 (3,95%) пациентов выполнена колотомия, иссечение полипа, как правило, имевшего широкое основание и размеры, превышающие 4 см в диаметре. Гнездно расположенные тубулярные полипы удалялись в объеме сегментарной резекции кишки. Образования ниже-ампулярного отдела прямой кишки больших размеров, расположенные близко к анальному каналу, подвергались трансанальному иссечению.

Вмешательства по поводу плоских ворсинчатых новообразований ободочной и верхне-ампулярного отдела прямой кишки носили более радикальный характер: более половины из них были иссечены в объеме сегментарной резекции кишки или гемиколэктомии, реже – путем колотомии, в единичных случаях выполнялась их электрокоагуляция через колоноскоп.

Стелющиеся ворсинчатые опухоли прямой кишки подвергались порционной поэтапной электроэксцизии через ректоскоп, трансанальному иссечению или трансанальной резекции прямой кишки в виде электрохирургического иссечения слизисто-подслизистого или полнослойного лоскута без использования микрохирургической техники. Подобные вмешательства выполнены 22 (25,6%) пациентам.

Из 11 пациентов с диффузным полипозом двум была выполнена колпроктэктомия с формированием J-резервуарного илеоанального анастомоза, остальным девяти – колпроктэктомия с наложением илеостомы. У двух пациентов причиной отказа от наложения анастомоза была сопутствующая терапевтическая патология, еще у двух – неудовлетворительная функция запирающего аппарата, у одного – короткая тонкая кишка, резецированная ранее в связи с ее травматическим повреждением.

При множественном полипозе выполнялись органосохраняющие операции. В 8 случаях предпринята колэктомия и передняя резекция прямой кишки с илеоректоанастомозом на уровне 10–11 см от заднего прохода. Двум пациентам с преимущественно левосторонней локализацией полипов

удалось сохранить правую половину ободочной кишки и после предварительной эндоскопической санации расположенных там единичных полипов ограничиться левосторонней гемиколэктомией. В 21 наблюдении была выполнена колэктомия с наложением илеоректоанастомоза. Для ее выполнения первым этапом предпринималась порционная трансанальная электроэксцизия полипов прямой кишки, готовилась «площадка» для будущего анастомоза. Интраоперационно после отсечения ободочной кишки прямая кишка дополнительно санировалась трансабдоминально: наиболее крупные полипы иссекались электроножом, после чего накладывался илеоректоанастомоз «бок в конец».

В последующем каждые 2–3 месяца осуществлялись ректоскопии с удалением оставленных полипов прямой кишки, в течение первого года после операции прямая кишка полностью освобождалась от полипов, после чего пациентам назначался контрольный осмотр сначала дважды в год, затем, после констатации отсутствия рецидива в течение 3 лет, ежегодно. Рекомендации по диете включали в себя продукты, богатые растительной клетчаткой и кальцием, ограничение алкоголя. Назначался длительный прием нестероидных противовоспалительных препаратов. Все пациенты этой группы в настоящее время находятся под наблюдением, срок которого колеблется от 1 года до 9 лет.

Результаты исследования

Летальные случаи отсутствовали. Перфорация ободочной кишки после эндоскопической полипэктомии имела место в 4 (0,44%) наблюдениях, еще в 3 (0,33%) случаях возникло кишечное кровотечение, у двух больных остановленное консервативно, и еще у одного потребовавшее выполнения лапаротомии, колотомии, прошивания кровоточащей артерии сигмовидной кишки. Трансанальные резекции прямой кишки как слизисто-подслизистые, так и полнослойные ни в одном наблюдении не потребовали наложения разгрузочной колостомы, несмотря на то, что дефект стенки прямой кишки оставался не ушитым. У 3 пациентов в течение года возникли рецидивы стелящихся ворсинчатых образований, удаленных с помощью трансанальной резекции. У тех больных, которым ворсинчатая опухоль удалялась в объеме лечебной электрокоагуляции, рецидивы возникали во всех случаях, что требовало повторной коагуляции или трансанального иссечения.

У одного пациента после колпроктэктомии имело место нагноение раны и еще у одного – частичная ретракция илеостомы и образование свищевого отверстия в кишке на уровне подкожно-жировой клетчатки. В последующем у этого больного сформировалась стриктура илеостомы, потребовавшая выполнения корригирующей операции. У трех больных имел место парастомальный дерматит. Илеоректо- и трансверзоректоанастомозы, наложенные при операциях по поводу множественного полипоза, были состоятельны у всех пациентов. Количество ректоскопий в послеоперационном периоде, необходимых для полной санации прямой кишки, колебалось от 3 до 12, осложнения не были зарегистрированы ни в одном случае.

Обсуждение

Одномоментная электроэксцизия полипов, выполненная при колоноскопии или ректороманоскопии, является методом выбора для тубулярных новообразований на ножке [5]. В то же время, электрокоагуляция стелящихся ворсинчатых

опухолей, как правило, приводит к их рецидиву [6]. Более радикальным методом лечения является трансанальная слизисто-подслизистая или полнослойная резекция стенки кишки [7]. При отсутствии опыта трансанальной эндоскопической микрохирургии она может выполняться открытым способом без увеличения, но с применением электрохирургических инструментов.

Потенциал злокачественности полипов, оставленных при органосохраняющих операциях по поводу полипоза, различен и во многом определяется размерами полипов. Образования менее 1 см в диаметре малигнизуются крайне редко. Вероятность малигнизации полипов размером более 1 см в течение 5 лет равна 2,5%, в течение 10 лет – 8%, а в течение 20 лет – 20%. Время прогрессии полипа в аденокарциному определяется степенью дисплазии полипа и колеблется от 3,5 лет при выраженной дисплазии до 11,5 лет при мягкой атипии [8]. Средний возраст, при котором диагностируется злокачественная трансформация полипов при отсутствии лечения, равен 59 годам [9]. О высоком потенциале злокачественности свидетельствует наличие полипов с дисплазией 3-й степени, эндофитно растущие ворсинчатые полипы и неблагоприятная наследственность в отношении рано возникшего рака толстой кишки [1]. О степени дисплазии оставленных полипов можно косвенно судить по их размерам, форме роста и результатам гистологического исследования удаленных полипов, аналогичных по виду и форме оставленным.

Техническая возможность удалить все полипы размером более 1 см в оставляемой прямой кишке – основной критерий выполнимости органосохраняющей операции при множественном полипозе. Убедиться в такой возможности позволяют санационные ректоскопии, выполняемые до операции. При этом изменения стенки прямой кишки, связанные с использованием электрокоагуляции, оказываются поверхностными и позволяют выполнить операцию с наложением анастомоза. После электрокоагуляции слизистой оболочки, осуществляемой при подготовке «площадки» для анастомоза, прямая кишка уже через 5–7 дней не склонна к прорезыванию швов и пригодна для наложения анастомоза. Перед его наложением в процессе операции удобно выполнить электроэксцизию доступных полипов на открытой кишке. Анастомоз «бок в конец», применяемый нами, обладает широким просветом, меньше других деформирует прямую кишку и более удобен для последующих полипэктомий.

Режим контрольных ректоскопий или колоноскопий 1–2 раза в год оптимален с учетом средних сроков трансформации полипа в аденокарциному. Крупные (0,8–1 см и более) полипы удаляются, более мелкие подлежат динамическому наблюдению и выборочной биопсии. В некоторых клиниках внедряется в практику колоноскопия высокого разрешения с красителем голубым или зеленым светом, оттеняющими рисунок слизистой оболочки, покрывающей полип, что позволяет оценить его дисплазию без выполнения биопсии [1], однако широкого распространения этот вид диагностики пока не получил. Замена колоноскопического исследования на менее болезненную виртуальную колоноскопию пока также не представляется возможной из-за более низкой чувствительности и специфичности последней. Еще меньшей чувствительностью обладает ирригоскопия, редко используемая как самостоятельный метод контроля [10].

Диета, богатая растительной клетчаткой и кальцием, прием аспирина, целекоксиба, сулиндака, препаратов кальция и витамина D уменьшают вероятность злокачественной трансформации полипов [11, 12]. Кроме того, доказано, что у женщин в постменопаузе полипы реже малигнизируются на фоне заместительной эстрогенной терапии [8].

Показания к наложению резервуарного илеоанального анастомоза при операциях по поводу диффузного полипоза зависят от многих факторов. Важным аспектом является дооперационное исследование функции запирательного аппарата. В последнее время мы опираемся на данные аноректальной манометрии, однако малое число наблюдений пока не позволяет сформулировать четкие критерии, гарантирующие отсутствие анальной инконтиненции в послеоперационном периоде. Недостаточная длина тонкой кишки может явиться аргументом против создания резервуара, на формирование которого необходимо около 40–50 см кишки, а значит разгрузочная энтеростома, используемая для временного отведения химуса, может оказаться «высокой», быстро вызвать парастомальный дерматит и вводно-электролитные нарушения, что опасно у пациентов с сопутствующими терапевтическими заболеваниями.

Выводы

1. Тубулярные полипы подлежат электроэксцизии через колоноскоп. При образованиях больших размеров на широком основании могут потребоваться колотомия или резекция кишки. Электрокоагуляция эндодиффунно растущих ворсинчатых полипов прямой кишки, как правило, приводит к рецидиву, более радикальным является трансанальное иссечение с помощью электрохирургических инструментов в виде слизисто-подслизистой или полнослойной резекции стенки кишки.

2. При диффузном полипозе толстой кишки показана колпроктэктомия с наложением резервуарного илеоанального

анастомоза или постоянной илеостомы. Выбор зависит от выраженности сопутствующей патологии, состояния кишечника и функциональных показателей работы запирательного аппарата.

3. При множественном полипозе толстой кишки целесообразно выполнение операций с полным или частичным сохранением прямой кишки и последующей электроэксцизией оставшихся полипов при условии отсутствия у них высокого потенциала злокачественности.



ЛИТЕРАТУРА

1. Donald Buie W., Anthony R. MacLean. Polyp Surveillance Clin Colon Rectal Surg. 2008. November. № 21 (4). P. 237–246.
2. Corman M.L. Handbook of colon and rectal surgery. Philadelphia, USA: Lippincott Williams and Wilkins, 2002. P. 934.
3. Winawer S.J., Zauber A.G., Fletcher R.H. et al. Guidelines for Colonoscopy Surveillance after Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer and the American Cancer Society. Gastroenterology. 2006. № 130. P. 1872–1885.
4. Жуков Б.Н., Исаев В.Р., Канторкин Е.Н. Полипоз толстой кишки и обменные нарушения. Самарский университет. 1993. 264 с.
5. Ривкин В.Л., Кирьянов И.В., Никитин А.М., Лукин В.В. Полипы и полипоз толстой кишки. М.: Медпрактика, 2005. 242 с.
6. Петров В.П., Лазарев Г.В., Потехин А.В. Хирургическое лечение доброкачественных ворсинчатых опухолей толстой кишки. /В сб.: Проблемы колопроктологии. Выпуск 18. М.: МНПИ, 2002. С. 394–395.
7. Walsh R.M., Ackroyd F.W., Shellito P.C. Endoscopic resection of large sessile colorectal polyps. Gastrointest Endosc. 1992. № 38. P. 303–309.
8. Manual of clinical oncology/editor, Dennis A. Casciato; associate editor, Mary C. Territo. 6th. 794 p.
9. Guillen J.G., Smith A.J., Calle J.P., Ruo L. Gastrointestinal polyposis syndromes. Curr Probl Surg. 1999. № 36 (4). P. 217–323.
10. Rosman A.S., Korsten M.A. Meta-analysis comparing CT colonography, air contrast barium enema, and colonoscopy. Am J Med. 2007. № 120. P. 203–210.
11. Thun M.J., Henley S.J., Patrono C. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs as anticancer agents: Mechanistic, pharmacologic, and clinical issues. J Natl Cancer Inst. 2002. № 94. P. 252–266.
12. Hawk E., Lubert R., Limburg P. Chemoprevention in hereditary colorectal cancer syndromes. Cancer. 1999. № 86. P. 2551–2563.