

**А.А. Владимирова, Е.Ю. Чашкова, В.Г. Неустроев, Л.А. Бобыленко, Л.Ю. Раевская**

## **О НЕОБХОДИМОСТИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НЕБОЛЬШИХ ПОЛИПОВ И ПОЛИПЭКТОМИИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ КОЛОНОСКОПИИ**

*Иркутский областной клинико-консультативный диагностический центр (Иркутск)  
НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)*

*Авторы предлагают проведение полипэктомии во время первичной колоноскопии при низком риске осложнений. Это достигается соблюдением следующих условий: 1) полип небольших размеров на формирующейся или сформированной ножке; 2) отсутствие указаний в анамнезе на наличие коагулопатий и (или) прием антикоагулянтов; 3) техническая оснащенность кабинета; 4) квалификация врача-эндоскописта.*

**Ключевые слова:** полипы, колоноскопия, колоректальный рак

## **NECESSITY OF HISTOLOGICAL STUDY OF SMALL-SIZED POLIPUSES AND POLYPECTOMY AT PRIMARY COLONOSCOPY**

**A.A. Vladimirova, E.Yu. Chashkova, V.G. Neustroyev, L.A. Bobilenko, L.Yu. Rayevskaya**

*Irkutsk Regional Clinical-Consultative Diagnostic Center, Irkutsk  
SC RRS ESSC SB RAMS, Irkutsk*

*The authors suggest carrying out polypectomy during primary colonoscopy. Low rate of complications is achieved if the following conditions are followed: 1) polypus is small and has forming of already formed pedicle; 2) there are no coagulopathy and/or intake of anticoagulants in anamnesis; 3) surgery room is well equipped; 4) high qualification of a specialist.*

**Key words:** polipuses, colonoscopy, colorectal cancer

### **ВВЕДЕНИЕ**

По данным разных источников, от 75 до 95 % случаев колоректального рака возникает в последовательности «аденома — рак», а распространенность аденом составляет от 25 до 35 % и возрастет среди населения старше 50 лет [4, 5]. Риск возникновения колоректального рака возрастает при увеличении размеров (> 1 см) или количества (≥ 3) полипов, а также при наличии в его строении ворсинчатых структур и (или) дисплазии тяжелой степени [4, 7, 10]. Целесообразность использования колоноскопии в программах скрининга колоректального рака определяется ее экономической эффективностью и низкой инвазивностью по сравнению с затратами на лечение развитого рака [6, 11].

Подавляющее большинство всех доброкачественных опухолей толстой кишки представлено полипами небольших размеров [5, 10], большинство из которых растут медленно в течение многих лет и не превращаются в рак [5]. До настоящего времени дискутируется вопрос о необходимости гистологического исследования небольших новообразований. Так, Kulling с соавторами доказывает, что риск обнаружения аденом с развитым патологическим будущим и раннего рака в полиповидных образованиях менее 1 см настолько незначителен, что их гистологическое исследование нецелесообразно и экономически невыгодно [9]. Другие же авторы считают, что до получения дополнительных доказательств к этой позиции стоит отнестись с осторожностью [5].

Показания к полипэктомии небольших новообразований определяются степенью дисплазии в аденоме. Однако точность диагностики раннего рака по результатам щипцовой биопсии является достаточно низкой [2, 3, 10], поэтому часть авторов склоняется к тактике удаления всех обнаруженных образований [1, 5, 8, 11].

Отдаленные результаты эндоскопического лечения раннего колоректального рака свидетельствуют, что полипэктомия может являться радикальным методом лечения при соблюдении следующих условий:

- 1) аденокарцинома высокой или средней степени дифференцировки;
- 2) тип Ip или Isp;
- 3) отсутствие опухолевых клеток по линии резекции;
- 4) инвазией не глубже уровня верхней трети подслизистого слоя типа Ia, Ib (sm-s cancer);
- 5) без поражения кровеносных или лимфатических сосудов [1].

Рецидивы аденом и аденокарцином чаще встречаются при эндоскопическом удалении больших образований на широком основании методом фрагментации [3].

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

В отделе эндоскопии Иркутского областного клинико-консультативного диагностического центра за период с мая 2002 по декабрь 2005 года включительно было выявлено 66 случаев колоректального рака в стадии T *in situ* — T<sub>1</sub>. При дальнейшем

рассмотрении выяснили, что 5 случаев соответствовали плоскому раку *de novo* и 61 случай — последовательности «аденома — рак». В этой последовательности 56 опухолей развились в полипе (из них 1 на фоне диффузного семейного полипоза) и 5 случаев — из латерально растущих опухолей.

Дальнейший анализ проводился в группе из 41 пациента, которым полипэктомия была выполнена в условиях Иркутского областного диагностического центра (женщин — 29, мужчин — 12). Средний возраст пациентов в группе составил 62,05 года (от 33 до 83 лет). Осложнений во время и после полипэктомии в группе не было.

В первой подгруппе (18 случаев) при первичной колоноскопии выполнена щипцовая биопсия. Фокус *cancer in situ* при гистологическом исследовании этих биоптатов найден только в 1 случае на фоне тубулярно-ворсинчатой аденомы с дисплазией эпителия умеренной и тяжелой степени (полип на ножке размерами 0,8 см). Результаты гистологического исследования при щипцовой биопсии представлены в таблице 1.

Дисплазия эпителия умеренной или тяжелой степени выявлена в этой подгруппе еще в 8 случаях, что и явилось показанием для полипэктомии в плановом порядке. Эндоскопически малигнизация была предположена в трех случаях, в 2-х из которых при первичной щипцовой биопсии гистологическая картина соответствовала картине тубулярно-ворсинчатой аденомы с умеренной и тяжелой диспла-

зией эпителия, и в одном — тубулярно-ворсинчатой аденоме. Результаты гистологического исследования в подгруппе после полипэктомии при повторной колоноскопии представлены в таблице 2.

Таким образом, после выполнения полипэктомии и гистологического исследования всего материала произошло изменение диагноза, требующее дальнейшего пристального динамического наблюдения, а в части случаев — дальнейшего лечения.

Полипэктомия при первичной колоноскопии была выполнена 23 пациентам. На рис. 1 представлено эндоскопическое фото одного из этих полипов, на рисунках 2 и 3 — морфологическая картина этого же образования при малом и большом увеличении. Общие результаты гистологического исследования полипов во всей группе представлены в таблице 3.

Все пациенты консультированы онкологом, после чего пациентам с инвазией опухолевых клеток в ножку полипа было предложено оперативное лечение.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, из 41 удаленного малигнизированного полипа 21 имел размеры до 1 см. По эндоскопическим критериям только в 3 случаях из 41 было выставлено подозрение на малигнизацию, но ни в одном оно не было подтверждено при гистологическом исследовании материала, полученного первичной щипцовой биопсией. В 17 из 18

**Таблица 1**  
**Распределение гистологических заключений и размеров полипов при первичной щипцовой биопсии (n = 18)**

Гистология (дисплазия II–III)	Размер			
	менее 0,5 см	0,5–1,0 см	1,0–2,5 см	Всего
Гиперпластический полип	1	–	4	5
Тубулярная аденома	3 (2)	1	1 (1)	5 (3)
Тубулярно-ворсинчатая аденома	1 (1)	1 (1)	4 (3)	6 (5)
Ворсинчатая аденома	–	–	1	1
Cancer <i>in situ</i> на фоне тубулярно-ворсинчатой аденомы	–	1	–	1
<b>Всего</b>	<b>5 (3)</b>	<b>3 (1)</b>	<b>10 (4)</b>	<b>18 (8)</b>

**Таблица 2**  
**Распределение гистологических заключений в зависимости от размеров полипов после полипэктомии при повторной колоноскопии (n = 18)**

Гистология (инвазия в ножку)	Размер			
	менее 0,5 см	0,5–1,0 см	1,0–2,5 см	Всего
Cancer <i>in situ</i> на фоне тубулярной аденомы	1	–	–	1
Cancer <i>in situ</i> на фоне тубулярно-ворсинчатой аденомы	3	2	5	10
Cancer <i>in situ</i> на фоне ворсинчатой аденомы	–	–	2	2
Высоко дифференцированная аденокарцинома	1	–	3 (2)	4 (2)
Умеренно дифференцированная аденокарцинома	–	1 (1)	–	1 (1)
<b>Всего</b>	<b>5</b>	<b>3 (1)</b>	<b>10 (2)</b>	<b>18 (3)</b>

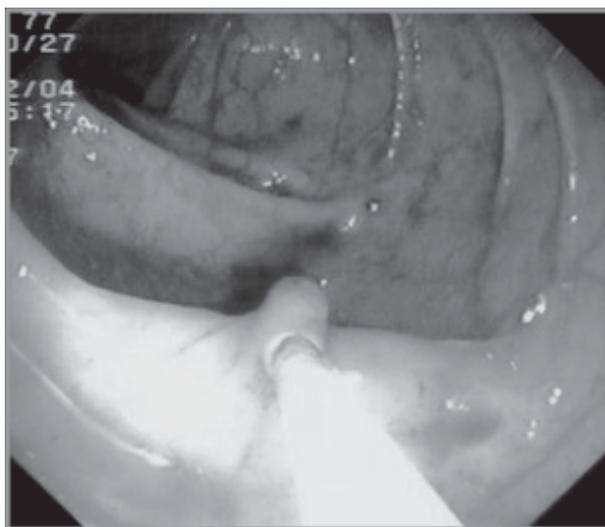


Рис. 1. Эндофото. Петля на ножке полипа 0,3–0,4 см.

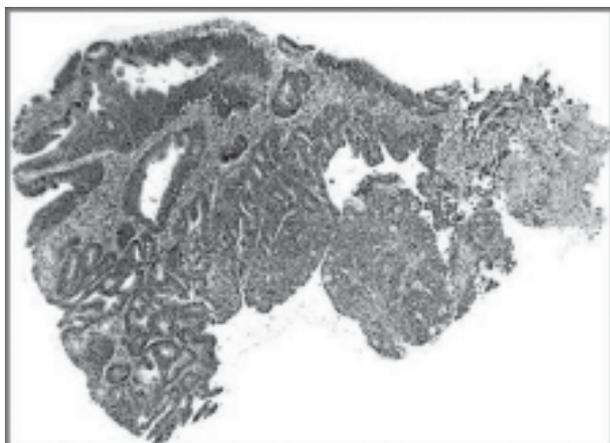


Рис. 2. Гистологическая картина полипа при малом увеличении (× 40).

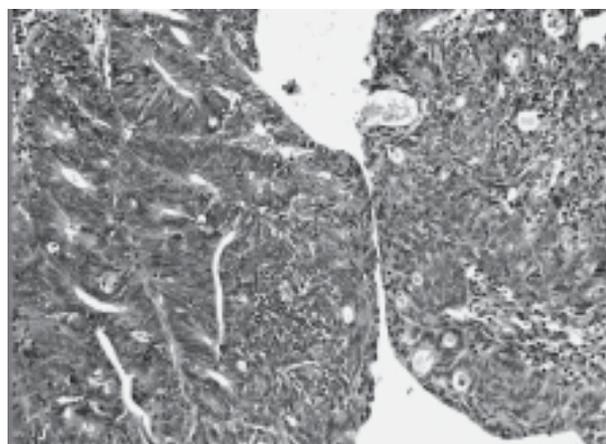


Рис. 3. Гистологическая картина полипа при большом увеличении (× 400).

**Таблица 3**

**Распределение гистологических заключений в зависимости от размеров полипов после полипэктомии во всей группе (n = 41)**

Гистология (инвазия в ножку)	Размер				Всего
	менее 0,5 см	0,5–1,0 см	1,0–2,5 см	Более 2,5 см	
Сancer <i>in situ</i> на фоне тубулярной аденомы	4	2	–	–	6
Сancer <i>in situ</i> на фоне тубулярно-ворсинчатой аденомы	4	3	8	1	16
Сancer <i>in situ</i> на фоне ворсинчатой аденомы	–	2	5	–	7
Высоко дифференцированная аденокарцинома	2 (1)	3 (1)	6 (4)	–	11 (6)
Умеренно дифференцированная аденокарцинома	–	1 (1)	–	–	1 (1)
<b>Всего</b>	<b>10 (1)</b>	<b>11 (2)</b>	<b>19 (4)</b>	<b>1</b>	<b>41 (7)</b>

случаев полипэктомии после первичной щипцовой биопсии произошло изменение диагноза, потребовавшее изменения дальнейшей лечебно-диагностической тактики.

### ВЫВОДЫ

Мы считаем оправданным проведение полипэктомии во время первичной колоноскопии при

низком риске осложнений. Это достигается соблюдением следующих условий:

- 1) полип небольших размеров на формирующейся или сформированной ножке;
- 2) отсутствие указаний в анамнезе на наличие коагулопатий и (или) прием антикоагулянтов;
- 3) техническая оснащенность кабинета;
- 4) квалификация врача-эндоскописта.

В тех случаях, когда на исследование направляются пациенты, госпитализированные в хирургические отделения стационаров, при первичном исследовании возможно удаление полипов и ворсинчатых опухолей средних и больших размеров.

Такая тактика предотвращает развитие колоректального рака из существующей аденомы. В ее пользу свидетельствуют:

- 1) низкая эффективность щипцовой биопсии в отношении установления окончательного диагноза;
- 2) уменьшение размеров образования после щипцовой биопсии и риск не обнаружить его при повторном исследовании;
- 3) возможность удаления полипа единым блоком и гистологического исследования всего новообразования;
- 4) благоприятные отдаленные результаты эндоскопического лечения раннего колоректального рака;
- 5) отсутствие необходимого оборудования и подготовленных специалистов в районах области, что не позволяет проводить диспансеризацию всех полипоносителей в рекомендуемые сроки и может привести к развитию запущенного рака.

Особенности подготовки и проведения колоноскопии зачастую приводят к отказам пациентов от полипэктомии в ближайшее время после первичного исследования. Кроме того, тактика удаления новообразований при первичном исследовании позволяет увеличить абсолютное количество осмотренных пациентов.

Считаем необходимым гистологическое исследование всех удаленных новообразований, независимо от их размеров. Это дает возможность постановки окончательного диагноза, позволяет определить дальнейшую тактику и сроки динамического наблюдения пациентов с учетом и эндоскопической, и гистологической картины.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Агапов М.Ю. Эндоскопическая хирургическая тактика при полипах и раннем раке толстой кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Владивосток, 2000. — 24 с.
2. Веселов В.В. Одиночные полипы толстой кишки: патогенез, скрининг, лечение и тактика ведения больных / В.В. Веселов, А.И. Кузьмин // Альманах эндоскопии. — 2002. — № 1. — С. 11 — 15.
3. Веселов В.В. Результаты эндоскопического лечения ранних форм рака толстой кишки / В.В. Веселов с соавт. // Клиническая эндоскопия. — 2005. — № 2. — С. 6 — 10.
4. Appropriateness of Colonoscopy: Surveillance After Polypectomy / M. Bochud, B. Burnand, F. Froehlich, R.W. Dubois et al. — Endoscopy. — 1999. — Vol. 31, N 8. — P. 654 — 653.
5. Bond J.H. Clinical relevance of the small colorectal polyp / J.H. Bond // Endoscopy. — 2001. — Vol. 33, N 5. — P. 454 — 457.
6. Bond J.H. Colon polyps and cancer / J.H. Bond. — Endoscopy. — 2001. — Vol. 33, N 1. — P. 46 — 54.
7. Bond J.H. Update on colorectal polyps: management and follow-up surveillance / J.H. Bond. — Endoscopy. — 2003. — Vol. 35, N 1. — P. 35 — 40.
8. Hoff G. Screeing for sporadic colorectal cancer / G. Hoff, E. Thiisvensen, M. Vatn. — Endoscopy. — 2002. — Vol. 34, N 6. — P. 508.
9. Is Histological Investigation of Polyps Always Necessary? / D. Kulling, A.D. Christ, N. Karaaslan, M. Freid et al. — Endoscopy. — 2001. — Vol. 33, N 5. — P. 428 — 432.
10. Nagasako K. Differential diagnostics of colorectal diseases / K. Nagasako. — IGAKU-SHOIN Ltd., 1982.
11. Population-based surveillance by colonoscopy: effect on the incidence of colorectal cancer. Telemark Polyp Study I. / E. Thiis-Evensen, G.S. Hoff, J. Sauar, F. Langmark et al. // Scand J. Gastroenterol. — 1999 Apr. — Vol. 34, N 4. — P. 414 — 420.