

## ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ И УДАЛЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

*Р.А. Турова, А.Г. Короткевич*

*Кафедра хирургии, урологии, эндоскопии и оперативной хирургии (зав. – проф. Э.М. Перкин)  
Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей*

Доброкачественные опухоли толстой кишки встречаются у 30% здорового населения экономически развитых стран и до 40% при наличии кишечных жалоб [2, 4]. С возрастом частота выявления аденом толстой кишки возрастает, у пациентов с одним выявленным полипом в 50% случаев имеется вторая опухоль [1, 2, 13]. Известно, что индекс малигнизации полипов прогрессивно возрастает с увеличением числа полипов и преобладания в них ворсинчатого компонента [1,4]. Опухоли толстой кишки у лиц старших возрастных групп обычно проявляются своими осложнениями [3, 12]. Вместе с тем в большинстве работ оценивается распространенность новообразований без учета возраста пациентов, и не все авторы согласны с эффективностью и необходимостью выполнения колоноскопии у больных пожилого и старческого возраста [6].

Целью нашей работы было выявить особенности диагностики и лечения колоректальных новообразований у пациентов старших возрастных групп при колоноскопии.

Проведен ретроспективный анализ 4378 медицинских документов пациентов, перенесших плановую колоноскопию в отделении эндоскопии госпиталя ветеранов войн за последние 5 лет (2000–2005). Пациентов рандомизировали по полу, возрасту, наличию показаний к выполнению колоноскопии, результатам исследования, особенностям техники эндоскопии и осложнениям. 57% пациентов не имели прямых показаний к выполнению колоноскопии. Таковые были у 23,7% больных. Относительные показания к колоноскопии определялись у 53,5% больных. Исключительно как скрининговый метод колоноскопия была использована у 22,8% пациентов. Подготовку кишки осуществляли фортрансом, при непереносимости его или наличии противопоказаний – путем клизм. Колоноскопии выполняли без премедикации и введения седативных препаратов фиброколоноскопом фирмы "Olympus" (Япония) в положении больных на левом боку.

При колоноскопии оценивали совокупность воспалительных, функциональных и неопластических изменений, изучали визуальные и гистологические изменения в сопоставлении с клиническими проявлениями болезни. Полипэктомию производили путем петлевой электроэксцизии или термальной биопсии с предварительной компрессией его ножки. При колоноскопии и полипэктомии осуществляли мониторинг витальных функций: оценивали частоту пульса и дыхания, АД. Результаты обрабатывали с применением статистических критериев Стьюдента и Пирсона  $\chi^2$ .

Частота выявленных новообразований, а также рубцовых и воспалительных локальных сужений в зависимости от возраста представлена в табл. 1. Частота обнаружения полипов до 70 лет не имела существенных возрастных различий. У лиц старше 70 лет полипы встречались достоверно чаще. Злокачественные новообразования достоверно чаще определялись у лиц с 60-летнего возраста, и их частота имела явную тенденцию к увеличению. Стенозы кишки достоверно чаще имели место у работоспособного населения и у лиц старше 70 лет. Локализация выявленных новообразований и сужений представлена в табл. 2. В наших наблюдениях полипы и опухоли селезеночного и печеночного углов толстой кишки отнесены к восходящей и нисходящей ободочной кишке, в собственно поперечно-ободочной и слепой кишке нами новообразований установлено не было. Как видно, основная масса полипов (88%) располагалась в дистальных отделах толстой кишки, наиболее часто в сигме. Множественные полипы встречались существенно реже одиночных. Аналогично различалась частота выявления рака: наиболее часто злокачественные опухоли локализовались в дистальных отделах толстой кишки с достоверно возрастающей частотой. Сужения наиболее часто располагались в сигмовидной кишке, дисплазия легкой и средней степени имела место в 20 (35,7%) случаях, тяжелой

Таблица 1

## Частота выявления новообразований и сужений в зависимости от возраста

Возраст больных	Полип		Рак		Стеноз		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 20	0	–	0	–	0	–	0	–
21 – 50	170	24	20	11	16	28	206	22
51 – 60	129	18	24	13	4	7*	157	17
61 – 70	168	24	62	34*	9	17	239	25
Старше 70	240	34*	78	42	27	48*	345	36
Итого	707	100	184	100	56	100	947	100

\*  $p < 0,05$  в сравнении с предшествующим показателем в столбце. То же в табл. 2.

Таблица 2

## Локализация выявленных новообразований и сужений

Отделы кишки	Полип		Рак		Стеноз		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Слепая	0	–	0	–	0	–	0	–
Восходящая	27	4	10	5	–	–	37	4
Поперечная	0	–	0	–	0	–	0	–
Нисходящая	138	19*	28	15	9	16	175	18
Сигмовидная	281	40*	40	22	34	61*	355	39
Прямая	203	29	106	58*	13	23*	322	34
Множественные	58	8*	0	–	0	–	58	6
Итого	707	100	184	100	56	100	947	100

степени – в 9 (16,1%). Величина новообразований достоверно отличалась в зависимости от локализации опухоли (табл. 3). Не выявлено достоверных различий в частоте величины полипов в каждом отделе кишки (в строке), хотя имелись существенные различия в частоте обнаружения полипов одной величины в разных отделах толстой кишки. С увеличением размеров полипа существенно уменьшалась частота их выявления ( $r = -0,668$ ;  $p < 0,02$ ).

Большая часть опухолей была представлена тубулярными аденомами (64%) и раком (21%), которые достоверно чаще встречались среди множественных полипов (86%). Не найдено существенных различий в частоте каждой опухоли от локализации в кишке ( $p > 0,5$ ). Рак в основном поражал левую половину толстой кишки, доброкачественные новообразования с высоким риском малигнизации (ворсинчатые и смешанные аденомы) также располагались в левой половине кишки и при множественных опухолях. Как видно из рис. 2, у лиц старше 70 лет существенно возрастала доля предраковых изменений – ворсинчатых и тубулярно-ворсинчатых опухолей ( $p < 0,05$ ). Вместе с тем не найдено достоверных различий от возраста в частоте тубулярных аденом. У лиц старше 60 лет имелась тенденция к возраста-

нию доли гиперпластических и папиллярно-тубулярных опухолей. Дисплазия в удаленном полипе была выявлена у 6,9% больных в возрасте до 50 лет, у 3,9% – от 51 до 60 лет, у 13,7% – от 61 до 70 лет, у 12,5% – старше 70 лет. Частота осложнений приведена в табл. 4. Кровотечения осложнили 2,5% полипэктомий, но они не потребовали дополнительного хирургического лечения. Достоверных различий в частоте осложнений от размера полипа не найдено.

В наших исследованиях наибольшее количество новообразований было выявлено у лиц старше 70 лет (62%). Вполне возможно, что истинная частота новообразований выше, поскольку в наших наблюдениях полипы малых размеров (до 5 мм) составляли 32%. Известно, что при повторной колоноскопии и после полипэктомии в 17–20% случаев обнаруживаются пропущенные полипы, имеющие плоские и углубленные формы [5, 7]. По нашим данным, клинические проявления опухолей имели место у 20% больных, в основном со злокачественными опухолями, в виде эпизодических кишечных кровотечений. Известно, что скрининг-колоноскопия существенно снижает смертность от колоректального рака, а чувствительность ФКС выше рентгеноскопии и ирригоскопии, особенно при полипах диаметром менее

Таблица 3

Локализация полипа	Величина выявленных новообразований								Всего	
	Размер полипа, мм									
	до 5		5–10		10–20		> 20		абс.	%
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Слепая	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–
Восходящая	8	4	11	4	6	5	2	4	27	4
Поперечная	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–
Нисходящая	49	21*	57	18*	24	19*	8	18*	138	19
Сигмовидная	89	39*	124	40*	47	38*	21	48*	281	40
Прямая	63	28	88	28	39	32	13	30	203	29
Множественные	19	8*	31	10*	8	6*	0	–	58	8
Итого	228	100	311	100	124	100	44	100	707	100
%	32		44**		18**		6**		100	

\*  $p < 0,05$  в сравнении с предшествующим показателем в столбце; \*\*  $p < 0,05$  в сравнении с предшествующим показателем в строке.

Таблица 4

Размеры полипов	Осложнения полипэктомии								Всего	
	Осложнения									
	кровотечение		перфорация		рецидив полипа		нет		абс.	%
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
До 5 мм	0	–	0	–	0	–	228	100	228	32
5–10 мм	12	3,9	0	–	2	0,6	297	95,5	311	44
10–20 мм	5	4,0	0	–	0	–	119	96,0	124	18
> 20 мм	1	2,3	0	–	0	–	43	97,7	44	6
Итого	18	2,5	0	–	2	0,2	687	97,3	707	100

\*  $p < 0,05$  в сравнении с предшествующим показателем в строке.

10 мм [5]. По данным литературы, структура новообразований толстой кишки представлена тубулярной аденомой в 16,2% случаев, ворсинчатой – в 3,8% [10]. В наших исследованиях частота тубулярных аденом составляла 64%, ворсинчатых опухолей – 8%, а у пациентов старше 70 лет ворсинчатый компонент аденомы был обнаружен в 56% случаев, что позволяет констатировать высокий риск малигнизации полипов у пациентов старших возрастных групп. Известно, что частота малигнизации при размерах полипа менее 1 см составляет 0,07%, при диаметре 1–2 см – 2,41%, более 2 см – 19,35% [9], что ставит под сомнение смысл удаления малых полипов. Вместе с тем у 50–75-летних больных частота выявления полипов, дисплазии и раковой опухоли составляет соответственно 21,3%, 6,7% и 1,2%, а у пожилых пациентов – 26%, 14,3% и 2,6% [10, 11]. В наших наблюдениях частота выявления новообразований составляла 16%, а среди пациентов старших возрастных групп – 23,5%, но еще больше среди пациентов старше 70 лет – 36%. В то же время

на долю новообразований с высоким риском малигнизации у этих больных пришлось 56%, а на дисплазию средней и тяжелой степени – 12,5%. Следовательно, на наш взгляд, необходимо провести скрининговые колоноскопии у лиц пожилого и старческого возраста для профилактики фатальных осложнений злокачественной трансформации бессимптомно протекающих новообразований толстой кишки. Конечно, с возрастом пациенты приобретают серьезный морбидный фон, что может сказаться на частоте осложнений колоноскопии. Так, по данным литературы, сердечно-легочные осложнения имеют место в 0,1%, кровотечения – в 0,79%, перфорация – в 0,02% [10]. Однако по данным W.P. Lin et al., полипэктомия при раковой трансформации его безопасна и эффективна, в сроки до 56 месяцев рецидива не возникло [8]. В наших наблюдениях не было серьезных местных, общих и отдаленных осложнений колоноскопии независимо от возраста пациентов, общая частота осложнений составила лишь 2,7%. Некоторые авторы указывают на то, что с

возрастом растет частота только правосторонних аденом (от 0 до 65%) [13], но в наших наблюдениях 96% новообразований располагались в левой половине толстой кишки.

### ВЫВОДЫ

1. В структуре новообразований толстой кишки преобладают тубулярные аденомы – 64%.
2. Частота новообразований в целом, новообразований с высоким риском малигнизации и злокачественных опухолей достоверно выше у лиц в возрасте старше 60 лет.
3. Полипэктомия толстой кишки у лиц пожилого и старческого возраста является безопасной лечебной процедурой.
4. Необходима разработка программы скрининг-колоноскопии у лиц старших возрастных групп для своевременной эндоскопической агрессии в отношении ранних форм бессимптомно протекающих новообразований толстой кишки.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Краткое руководство по гастроэнтерологии/Под ред. Ивашкина В.Т., Комарова Ф.И., Рапопорта С.И. – М., 2001.
2. МакНелли П.П. Секреты гастроэнтерологии/Пер. с англ. – М. – СПб, 1998.

3. Неотложная хирургия груди и живота: Ошибки диагностики и тактики/Кутушев Ф.Х., Гвоздев М.П., Филин В.И., Либов А.С. – Л., 1984.
4. Основы колопроктологии/Под ред. проф. Воробьева Г.И. – Ростов н/Д, 2001.
5. Bond J.H. // Endoscopy. – 2001. – Vol. 33 (1). – P. 46–54.
6. Duncan J.E., Sweeney W.B., Trudel J.L. et al. // Dis Colon Rectum. 2006 Feb 22; [Epub ahead of print].
7. Kronborg O. // Endoscopy. – 2000. – Vol. 32 (2). – P. 124–130.
8. Lin W.P., Su M.Y., Ho Y.P. et al. // Chang. Gung. Med. J. – 2005. – Vol. 28(11). – P. 801–807.
9. Odom S.R., Duffy S.D., Barone J.E. et al. // Am. Surg. – 2005. – Vol. 71(12). – P. 1024–1026.
10. Sieg A., Theilmeier A. // Dtsch. Med. Wochenschr. – 2006. – Vol. 24. – P. 379–383.
11. Strul H., Kariv R., Leshno M. et al. // Am. J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 101(2). – P. 255–262.
12. Strul H., Kariv R., Leshno M. et al. // Am. J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 101(2). – P. 263–265.
13. Yamaji Y., Mitsuhashi T., Ikuma H. et al. // Gastroint. Endosc. – 2006. – Vol. 63 (3). – P. 453–458.

Поступила 13.06.07.

### THE PECULIARITIES OF DETECTION AND REMOVAL OF BENIGN TUMORS OF THE COLON IN PATIENTS OF THE OLDER AGE GROUP

R.A. Turova, A.G. Korotkevich

#### Summary

4378 medical documents of patients who had undergone a planned colonoscopy in the Endoscopic Department of the Veteran's Hospital throughout 2000-2005 have been analyzed. Established is the fact that benign new formations make up 75% in the structure of the tumors, and cancer - 19%. The frequency of polyp detection depends on the age of the patients. The portion of colon cancer increases on the age group 61 and older. Adenomas with a villiferous component which significantly increase the malignancy potential, occur significantly more frequently in patients older than 70.

УДК 616.62 – 006.3 – 006.6 – 07 : 616.153.1 – 074

## ФЕРМЕНТАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ МОЧИ И КРОВИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Р.С. Низамова, М.Б. Пряничникова

Кафедра урологии (зав. – проф. М.Б. Пряничникова) Самарского государственного медицинского университета

Биомеханизм возникновения опухолей мочевого пузыря был изучен в 60-е годы прошлого столетия [3, 4]. Наибольшее значение при этом придавалось активности энзимных систем мочи (бета-глюкуронидазы, сульфатазы и др.). Активность же такого фермента мочи, как лактатдегидрогеназа (ЛДГ), у больных раком мочевого пузыря практически не изучена. В Тайване предложено использовать определение повышенной серологической ЛДГ как один из прогностических факторов развития инвазивного уротелиального рака мочевого пузыря [6]. Американскими исследователями опубликовано сообщение о статис-

тически отчетливой связи между появлением метастазов в послеоперационном периоде у больных колоректальным раком и экспрессией необычной изоформы ЛДГ в сыворотке крови [5]. Также доказано повышение активности ЛДГ в сыворотке крови при ряде других новообразований и заболеваний [1, 2].

Цель нашей работы заключалась в исследовании возрастных изменений активности ЛДГ в моче и сыворотке крови у больных опухолями мочевого пузыря и в зависимости от стадии заболевания.

Обследовано 102 пациента с доброкачественными (10) и злокачественными