

Эндоскопические вмешательства при полипах желудка

Проф. О.В. ГАЛИМОВ, доц. В.О. ХАНОВ, Т.В. РЫЛОВА, канд. мед. наук С.Р. ТУЙСИН

Endoscopic treatment of gastric polipi

O.V. GALIMOV, V.O. KHANOV, T.V. RILOVA, S.R. TUYSIN

Кафедра хирургических болезней и новых технологий Башкирского государственного медицинского университета, Отделенческая больница на станции Уфа ОАО «Российские железные дороги»

Статья посвящена актуальной проблеме эндоскопического лечения полипов желудка. К сожалению, до настоящего времени результаты лечения полипов желудка нельзя считать удовлетворительными. В исследование включено 258 пациентов с полипами желудка. Изучены макроскопические характеристики полипов желудка по данным эндоскопического исследования. Эндоскопическая полипэктомия как с лечебной, так и с диагностической целью выполнялась 218 пациентам. Предложена методика последовательного субмукозного введения лекарственных препаратов перед электроэксцизией полипов, что позволило снизить количество послеоперационных кровотечений и количество рецидивов в послеоперационном периоде.

Data of 258 patients with gastric polipi is analyzed. Endoscopic polypectomy with further microscopical analysis was performed in 218 patients. The method of preoperative submucosal drug injection is proposed. It allowed to decrease the number of postoperative bleedings and recurrences.

Введение

Диагностика и лечение полипов желудка остается одной из актуальных проблем заболеваний пищеварительного тракта в современной хирургии [4].

Несмотря на давность исследования проблемы полипов желудка и распространенности заболевания, ряд клинических и теоретических положений нуждаются в дополнительном изучении.

Полипы желудка привлекают внимание врачей разных специальностей как сопутствующее заболевание или трансформирующиеся в карциному [2]. Если ранее общепринятой тактикой лечения таких больных была резекция желудка как мера профилактики или лечения раннего рака [3], то в настоящее время подход к хирургической операции стал более взвешенным. На сегодняшний день эндоскопическая полипэктомия является основным способом лечения больных с полипами желудка [4].

Установлено, что частота малигнизации полипов желудка определяется их морфологическим строением [6] и, следовательно, возможен дифференцированный подход к лечению с выполнением по показаниям хирургического вмешательства, эндоскопической полипэктомии или тщательное наблюдение за больными с полипами желудка в динамике [4, 8]. До настоящего времени в литературе нет

единого мнения по вопросам лечебной тактики, показаний к полипэктомии, частоте и группам динамического наблюдения. Значительно различаются и данные авторов о малигнизации полипов [5]. Эти и некоторые другие вопросы явились основой наших исследований.

Цель исследования — улучшение результатов эндоскопической диагностики и лечения полипов желудка.

Материал и методы

Работа основана на клинико-статистическом анализе результатов эндоскопической полипэктомии и динамического наблюдения за 258 больными с полипами желудка, обратившимися в эндоскопическое отделение Отделенческой больницы на станции Уфа за период с 2004 по 2007 г.

Анализ амбулаторных карт и историй болезни показал, что диагноз полипа желудка был установлен впервые при рентгенологическом исследовании у 15 (5,81%) больных. У 16 (6,2%) пациентов фиброэзофагогастродуоденоскопия впервые выполнялась после колоноскопии, во время которой были выявлены полипы толстой кишки. 82 пациента направлены на фиброгастродуоденоскопию терапевтом или гастроэнтерологом в связи с наличием специфических жалоб. У 145 пациентов полипы были выявлены при проведении ежегодной диспансеризации.

Не включались в исследование пациенты с образованиями, расположенными субмукозно, и зло-

© Коллектив авторов, 2009

© Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2009
Khirurgiia (Mosk) 2009; 1: 20

качественными опухолями желудка (в том числе с полиповидным раком).

Анализируемая группа характеризовалась преобладанием лиц в возрасте от 40 до 80 лет. Среди обследованных было 155 (60,08%) женщин и 103 (39,92%) мужчины, соотношение между ними 1,5:1,0. Прослеживается отчетливая тенденция увеличения роста полипов желудка после 40—50 лет, в большей степени у женщин.

Сопоставление предъявляемых жалоб и возраста больных позволило выявить определенную закономерность: жалобы на боли в эпигастральной области беспокоили больных старше 50 лет, чувство тяжести, переполнения желудка, диспепсию отмечали 60 (23,26%) больных в возрасте до 50 лет.

При эндоскопическом исследовании у 258 больных в желудке обнаружено 475 полипов.

Данные гистологических исследований образцов тканей, взятых при щипцовой биопсии и при полипэктомии, после пересмотра расходящихся результатов: чаще у больных встречались гиперпластические полипы (372), чем аденоматозные (103). Соотношение гиперпластических и аденоматозных полипов составило 3,6:1.

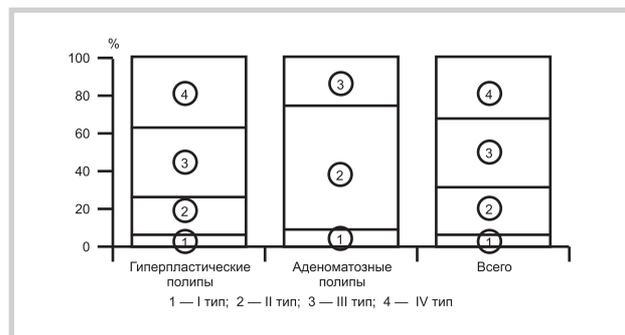
При анализе локализации полипов желудка нами установлено, что чаще они располагались в антральном отделе — 175 (36,8%) полипов и наиболее редко — в проксимальных его отделах (кардия, субкардия).

У большинства больных (199, или 77,13%) полипы были одиночными (солитарными). Реже наблюдались единичные — 2—4 (17,44%) и множественные — 5 и более (5,43%) полипы. При анализе полученных результатов выявлено, что количество полипов не зависит от их гистологической структуры ($p > 0,14$).

Принятое чисто количественно различие, при котором до 20 полипов в желудке считаются множественными, а свыше 20 полипов относятся к полипозу, не способствует проведению четкого различия между данными понятиями. По современным представлениям, при установлении диагноза полипоза следует учитывать не столько количество, сколько распространенность процесса не менее чем в двух анатомических отделах желудка. Кроме того, при полипозе большая часть полипов имеет одинаковые размеры, рельеф поверхности, форму и гистологическое строение. С учетом данного определения в наших наблюдениях полипоз желудка отмечен у 1,9% больных.

Распределение полипов в зависимости от их типа по классификации S. Yamada [10] представлено в табл. 1.

Как видно на рисунке, гиперпластические полипы преимущественно являются полипами II, III и IV типов, при этом полипы III и IV типов преобладают — соответственно 37,63 и 37,37% ($p > 0,5$). Среди



Распределение типов полипов в зависимости от гистологического строения.

Таблица 1. Распределение полипов желудка в зависимости от их типа по S. Yamada

Тип полипов желудка	Число полипов	
	абс.	%
I	30	6,32
II	139	29,26
III	167	35,16
IV	139	29,26
Всего	475	100,0

аденом подавляющее большинство составляют полипы II типа — 64,08% ($p < 0,01$).

Средний диаметр полипов составил $1,15 \pm 0,78$ см. Для определения распространенности полипов по размерам мы разделили полипы на следующие группы: малые (диаметром не более 0,5 см), средние (от 0,5 до 2,0 см) и крупные (более 2,0 см). В литературе имеется описание очень крупных полипов (более 5,0 см) [1], но в нашем исследовании они не встречались. Для определения размеров полипов IV типа (по S. Yamada) рассматривали размер головки, исключая длину ножки.

При эндоскопическом исследовании мы также оценивали такие визуальные признаки обнаруженных полипов, как их цвет по отношению к окружающей слизистой оболочке, гладкость поверхности. Полипы I типа небольшие (не более 0,5 см), в основном с гладкой поверхностью и по цвету схожи с окружающей слизистой. Полипы II типа средние (0,5—2,0 см), имеют, как правило, неровную, эрозированную гиперемированную поверхность. Полипы III типа имеют различные размеры, но большинство относится к средним (от 0,5 до 2,0 см), поверхность их неровная, эрозированная, гиперемированная. Полипы IV типа также, как правило, средние, но среди них больше крупных полипов (более 2,0 см). Они имеют ножку, неровную эрозированную гиперемированную поверхность. Белесоватый цвет полипов обусловлен налетом фибрина на их эрозированной поверхности.

Сравнивая гистологическое строение с локализацией полипов, мы не выявили статистически значимой зависимости ($p > 0,29$). В антральном и препи-

лорическом отделах находилось 78,3% гиперпластических полипов и 55,34% аденоматозных полипов.

Полипы I типа практически одинаково часто встречались во всех отделах желудка. Полипы II, III и IV типов в большинстве наблюдений локализовались в антральном отделе желудка. Полипы III и IV типов не встречались в кардии и субкардии.

Наиболее информативным из изученных методов является эндоскопический, его диагностическая эффективность — 96,09%, что значительно выше, чем диагностическая эффективность рентгенологического и ультразвукового методов, соответственно 79,49 и 72,7%.

Результаты и обсуждение

Лечение полипов желудка должно быть дифференцированным. Несомненным показанием к полипэктомии являются одиночные, единичные и множественные полипы с выраженной клинической картиной и такими осложнениями, как кровотечение или его угроза, обтурация полипом просвета органа.

При выборе метода оперативного лечения необходимо определить гистологическую структуру полипа. Для этого нужно использовать прицельную биопсию после хромокопии или петлевую полипэктомию. Показанием к удалению полипа должно быть не наличие самого полипа, а предраковые изменения, такие как неполная кишечная метаплазия, дисплазия II—III степени или неоплазия высокой степени по согласованной Международной (Венской) классификации эпителиальных неоплазий пищеварительного тракта [9].

При выявлении неопластического процесса необходимо оценить глубину инвазии и наличие метастазов, для этого следует провести рентгенологическое и ультразвуковое исследования. При выявлении внутрисстеночной инвазии и лимфаденопатии показана радикальная хирургическая операция.

Оперативное лечение необходимо проводить с учетом степени поражения желудка полипами. Мы считаем, что диагноз полипоза желудка подразумевает не только количество, распространенность процесса, но и гиперпластическое строение полипов, что позволяет отнести полипоз желудка к опухолеподобным процессам и расширить показания к эндоскопическому динамическому наблюдению за больными при неосложненном полипозе желудка. При наличии множественных аденоматозных или гиперпластических полипов с дисплазией II—III степени эндоскопическое удаление всех полипов нецелесообразно, так как повышается риск осложнений за счет повреждения слизистой, к тому же эндоскопическое удаление всех полипов не гарантирует от возникновения полипов на новых участках. В этом случае показано хирургическое лечение.

Эндоскопическая полипэктомия является диагностической, лечебной и профилактической операцией, что определяет широкие показания к ее применению.

Показания и противопоказания к электрохирургической полипэктомии через эндоскоп определялись с учетом общего состояния больных, наличия и выраженности сопутствующих заболеваний, макро- и микроскопической характеристики полипов, а также исходя из целесообразности проведения операции в условиях стационара или поликлиники.

Эндоскопическая полипэктомия методом петлевой электроэксцизии показана при средних и крупных полипах (более 0,5 см). Мы не можем ограничить максимальный размер полипов, так как в литературе имеются сведения об удалении полипов диаметром до 8 см, но в наших наблюдениях таких крупных полипов не встречалось.

Показаниями к амбулаторной полипэктомии методом петлевой электроэксцизии являлись желудочные полипы диаметром более 5 мм, аденоматозной структуры или гиперпластические, с участками дисплазии и метаплазии по данным хромокопии, а также изъязвленные, осложненные кровотечением. Эндоскопическая электроэксцизия полипов желудка проводилась в условиях стационара одного дня у больных, находящихся в удовлетворительном состоянии, а при наличии сопутствующих заболеваний, представлявших угрозу возникновения осложнений, — только после курса корригирующего лечения.

Разделяя точку зрения В.С. Савельева и соавт. [5], мы считаем, что удалять полипы амбулаторно можно только при одном условии — данная процедура должна обязательно проводиться в стационаре при наличии развернутой операционной и соответствующей аппаратуры, что делает возможным оказание квалифицированной помощи при возникновении какого-либо осложнения. В 92% наблюдений полипэктомия проводилась в условиях дневного стационара в эндоскопическом отделении Отделенческой больницы на станции Уфа. В условиях стационара полипэктомия выполнялась больным с тяжелыми сопутствующими заболеваниями или находившимся в клинике по поводу других заболеваний.

Противопоказаниями к электроэксцизии считались геморрагические диатезы, портальная гипертензия, тяжелые формы сердечно-сосудистой недостаточности и сахарного диабета. Полипэктомия не производилась на фоне лечения больных антикоагулянтами и гормонами, в раннем послеоперационном периоде и при наличии у больных искусственного водителя ритма сердца.

Полипэктомия как с лечебной, так и с диагностической целью выполнялась 218 пациентам, всего методом петлевой полипэктомии было удалено 249 полипов.

Таблица 2. Осложнения полипэктомии

Осложнения	1-я группа (n=109)		2-я группа (n=109)	
	абс.	%	абс.	%
Кровотечение	7	6,42	1	0,92
Боли в эпигастральной области	1	0,92	1	0,92
Рецидив полипа в ближайшем периоде	11	10,09	1	0,92
Рецидив полипа в отдаленном периоде	11	10,09	5	4,59

Петлевой полипэктомии подвергались полипы диаметром более 0,5 см.

В зависимости от методики полипэктомии пациенты были разделены на 2 группы. Достоверных различий в этих группах по возрасту, полу, локализации полипов не выявлено ($p>0,05$).

1-я группа — 109 пациентов, которым произвели электроэксцизию полипа без предварительного субмукозного введения медикаментозных препаратов.

2-я группа — 109 пациентов, которым непосредственно перед петлевой полипэктомией в основание полипа с помощью инъектора фирмы «Olympus» вводили 10 мл 0,1% смеси, состоящей из адреналина, и 5,0 мл физиологического раствора, а затем 1 мл 0,5% склерозирующего препарата этоксисклерола.

Адреналин оказывает сосудосуживающее действие, с его помощью достигается ишемизация слизистой вокруг ножки полипа на короткий период, кроме того, введение адреналина позволяет приподнимать сидячие полипы, т.е. полипы II—III типа по S. Yamada. Полидоканол относится к склерозирующим препаратам и при внутритканевом введении в стенку желудка вызывает развитие местного паравазального отека, рубцевание паравазальной клетчатки и сдавливание сосуда [7]. Об ишемизации слизистой судили по появлению бледной окраски. У больных 2-й группы кровотечение после полипэктомии возникало гораздо реже (табл. 2).

Двухэтапная полипэктомия выполнялась 3 пациентам при удалении полипов большого диаметра и плотной консистенции.

После завершения полипэктомии в амбулаторных условиях больной находился под наблюдением в течение 3—4 ч, а затем (при отсутствии осложнений) в сопровождении родственников его отпускали домой. Обеспечение домашнего ухода за больным и возможность телефонной связи с больным или его родственниками после эндоскопического вмешательства являлись необходимыми условиями для проведения амбулаторной полипэктомии. В случае выполнения полипэктомии в условиях стационара или при возникшем кровотечении после гемостатических манипуляций больной возвращался в палату,

где за ним в течение 3 сут велось тщательное наблюдение.

Кровотечение после полипэктомии оценивали как осложнение, если эндоскопист предпринимал какие-либо манипуляции для его остановки. Повторно растущие полипы на участке удаления независимо от сроков их роста относили к рецидиву полипов.

Ближайшие результаты (в сроки от 2 до 6 мес) были прослежены у всех 218 больных, отдаленные результаты (от 6 мес до 2 лет) — у 130 больных.

Все кровотечения, возникшие после полипэктомии, были остановлены эндоскопическим методом. Оперативного лечения не проводилось. Госпитализировано 7 пациентов, которые после наблюдения выписаны на 3-и сутки.

У 5,5% больных рецидивы полипов были диагностированы в период от 2 до 6 мес после полипэктомии. Такое быстрое появление полипа свидетельствует о том, что вновь образовавшийся полип развивается из оставшихся неудаленных участков первичного полипа и не является рецидивом заболевания, при котором полип возникает из новых клеток через 5 и более лет после лечения. У 16 больных рецидив полипа был диагностирован в период от 6 мес до 2 лет. Все 16 пациентов были в возрасте старше 60 лет. Таким образом, замедленное развитие вновь образовавшегося полипа может быть связано с возрастным замедлением процессов регенерации слизистой желудка.

Частое рецидивирование полипов не должно являться противопоказанием к лечению, так как после многократных попыток удалить полип эндоскопическим способом удается получить хорошие отдаленные результаты.

С целью профилактики развития рака и выявления рецидива полипа необходим длительный срок наблюдения за оперированными больными.

Таким образом, наиболее эффективным методом полипэктомии является электроэксцизия с субмукозным введением этоксисклерола, что позволяет снизить количество послеоперационных кровотечений с 6,42 до 0,92% и количество рецидивов в ближайшем и отдаленном периоде соответственно с 10,09 до 0,92% и с 10,09 до 4,59%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волков С.В., Ермолов А.С., Лужников Е.А. Химические ожоги пищевода и желудка (Эндоскопическая диагностика и лазертерапия). Медпрактика 2005; 120.
2. Крылов Н.Н., Кузин М.И. К методике оценки результатов операций на желудке. Хирургия 2000; 2: 17–20.
3. Кузин Н.М. Доброкачественные опухоли желудка. Руководство по гастроэнтерологии. Под ред. Ф.И. Комарова, А.Л. Гребенева, А.А. Шептулина. М: Медицина 1995; 1: 562–569.
4. Луцевич Э.В., Белов И.Н., Карелина Е.А., Меграбян Р.А. Диспансерное наблюдение за больными полипозом верхнего отдела пищеварительного тракта. Хирургия 1986; 9: 55–59.
5. Савельев В.С., Исаков Ю.Ф., Лопаткин Н.А. и др. Руководство по клинической эндоскопии. М: Медицина 1985; 543.
6. Федоров В.Д., Кубышкин В.А., Корняк Б.С. и др. Множественная эндокринная неоплазия. Хирургия 2004; 1: 56–63.
7. Шерцингер А.Г., Тимен Л.Я., Боур А.В. Эндоскопический гемостаз в экстренной хирургии. Эндоскоп хир 1998; 1: 42.
8. Spoletina A., Terribili L., Bellavigna G. et al. Perendoscopic treatment of gastric and duodenal polyps. World Congress of Gastroenterology. Sydney, Australia 1990; Abstract II: 369.
9. Schlemper R.J., Kato Y., Itabashi M. et al. Vienna classification of gastrointestinal epithelial neoplasia. Gut 2000; 47: 251–256.
10. Yamada S., Ichikawa H. Endoscopic characteristics of epithelial gastric polyps. J Gastroenterol 1966; 6: 5: 132–654.

Поступила 18.02.08