

АНАЛИЗ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПОВТОРНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПОЛИПОВ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОЛИПЭКТОМИИ

И. В. Иоффе, С. Н. Троценко, В. В. Лесной

Луганский государственный медицинский университет, г. Рубежное

THE PROGNOSTIC FACTORS ANALYSIS FOR THE REPEATED DEVELOPMENT OF GASTRIC POLYPS AFTER ENDOSCOPIC POLYPECTOMY

I. V. Ioffe, S. N. Trotsenko, V. V. Lesnoy

Lugansk State Medical University, Rubezhnoye

Реферат

Проанализированы результаты лечения 1450 больных, которым в плановом порядке в хирургических отделениях Луганской областной клинической больницы произведена эндоскопическая полипэктомия по поводу единичных и множественных полипов желудка (ПЖ), предраковых изменений. Признаками неблагоприятного прогноза, достоверно влияющими на повторное образование ПЖ, считали: число ПЖ, их размеры, локализацию, наличие эрозий в слизистой оболочке ПЖ. Повторное образование большинства полипов в антральном отделе желудка можно объяснить особенностями микроциркуляторных нарушений в его слизистой оболочке.

Ключевые слова: полипы желудка; эндоскопическая полипэктомия.

Abstract

There were analyzed the results of treatment of 1450 patients, to whom in surgical departments of Lugansk Regional Clinical Hospital the elective endoscopic polypectomy for solitary and multiple gastric polyps, premalignant changes, was conducted. The unfavorable prognosis signs, trustworthily impacting the gastric polyps reoccurring, were considered: quantity of gastric polyps, their dimensions, localization and presence of mucosal erosions. Reoccurrence of majority of the polyps in gastric antrum may be due to microcirculatory disorders, present in their mucosa.

Keywords: gastric polyps; endoscopic polypectomy.

В последние годы повсеместно отмечают увеличение частоты выявления заболеваний органов пищеварения, в структуре которых значительное место занимают предопухолевые заболевания желудка [1]. ПЖ выявляют у 10% таких больных, что составляет 3% всех новообразований желудка. Только при эндоскопическом исследовании ПЖ обнаруживают у 1,4 – 6,6% больных. Достаточно высокая частота заболевания, высокий риск злокачественной трансформации первоначально доброкачественной опухоли обуславливают актуальность разработки и применения новых методов диагностики и лечения ПЖ [1, 2].

В настоящее время наиболее распространены методами эндоскопического лечения больных по поводу ПЖ являются: эндоскопическая петлевая электроэксцизия (ЭПЭ) ПЖ; эндоскопическая резек-

ция слизистой оболочки желудка; эндоскопическая диссекция слизистой оболочки желудка в подслизистой основе. Некоторые авторы применяют аргонно—плазменную коагуляцию ложа удаленного полипа и окружающих тканей для уменьшения частоты рецидива ПЖ, а также в целях антибластики. Однако, несмотря на внедрение новых методов, рецидивы ПЖ после их ЭПЭ наблюдаются у 6,1% больных [1, 2].

Основным фактором, обуславливающим повторное образование полипов в первые 3 мес после ЭПЭ, является нерадикальность первичного удаления ПЖ из—за особенностей его анатомической локализации или неполного захвата полипа диатермической петлей. Повторный рост ПЖ может быть обусловлен патологической регенерацией слизистой оболочки в ответ на ее травматическое повреждение [3, 4].

Установлена взаимосвязь между частотой рецидивирования ПЖ и гиперпродукцией гастрина. Длительное (более 1 года) применение ингибиторов протонной помпы (ИПП) ассоциировано с повышенным риском возникновения полипов тела желудка [5].

Тем не менее, несмотря на значительное число публикаций, посвященных ПЖ, некоторые аспекты этой проблемы недостаточно изучены. В частности, недостаточно исследованы факторы риска повторного образования ПЖ. Вместе с тем, такая информация может иметь значение как для профилактики рецидивов ПЖ, так и выбора оптимальных сроков динамического наблюдения за пациентами после эндоскопического лечения.

Цель исследования: проанализировать прогностические факторы, достоверно влияющие на повтор-

ное образование ПЖ после осуществления эндоскопической полипэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лечения 1450 больных, которым в плановом порядке произведена эндоскопическая полипэктомия.

Показанием к выполнению полипэктомии являлись единичные и множественные ПЖ, предраковые изменения, в частности, кишечная метаплазия, дисплазия II—III степени, неоплазия высокой степени. Эзофагогастродуоденоскопия проведена по общепринятым методикам под местной анестезией ротовой части глотки 5% раствором лидокаина. Полипэктомию и извлечение удаленных полипов осуществляли с помощью петель и различных устройств фирмы Olympus.

При предположении о наличии неопластического процесса для оценки глубины инвазии и выявления метастазов проводили эндоскопическое ультразвуковое исследование стенки желудка и окружающих тканей с использованием ультразвукового видеогастроскопа Pentax EG—3870 УТК.

Алгоритм эндоскопического лечения больных основной группы включал такие этапы: после биопсии полипа и подтверждения доброкачественности процесса полип облучали гелий—неоновым лазером ЛГ—75, мощность излучения 20 мВт, длина волны 0,632 мкм, плотность мощности 0,05—0,10 мВт/см² в течение 3 мин. Затем выполняли полипэктомию по стандартной методике с последующим облучением острой язвы и окружающей слизистой оболочки в течение 5 сут.

Контрольный осмотр назначали через 2 нед после полипэктомии. К этому времени некротический детрит частично или полностью заме-

Таблица 1. Сроки появления вновь выросших ПЖ

Отделы желудка	Число полипов в сроки наблюдения						всего
	месяцев			лет			
	0 - 3	4 - 6	7 - 12	1 - 2	2 - 3	3 - 4	
Кардиальный	-	-	1	2	-	-	3
Тело	-	3	7	8	2	-	20
Область угла	-	3	8	4	2	1	18
Антральный	-	4	14	27	24	3	72
Итого ...	-	10	30	41	28	4	113

щен грануляционной тканью. Среди грануляций очаги повторного роста было сложно диагностировать, поскольку они были аналогичной красноватой окраски, с бугристой поверхностью. Для профилактики повторного роста ПЖ методом электрокоагуляции удаляли избыточно разросшиеся грануляции.

При динамическом наблюдении отмечено постепенное уплотнение грануляционной ткани, которая становилась более бледной и плотной. На месте удаленного полипа наблюдали углубление.

По мере уменьшения площади поверхности грануляционной ткани отмечали конвергенцию окружающей слизистой оболочки и деформацию стенки желудка в месте удаления полипа. Динамическое наблюдение проведено с интервалами 3—6 мес.

Для статистической обработки результатов исследования использованы *t*—критерий Стьюдента и непараметрический критерий Пирсона χ^2 . Все расчеты и графическое представление полученных результатов произведены на IBM PC с использованием прикладных программ Microsoft Excel 2010.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все пациенты после эндоскопической полипэктомии находились под постоянным динамическим наблюдением. Повторный рост ПЖ отмечен у 113 (7,8%) больных.

Для определения прогностически неблагоприятных факторов, достоверно влияющих на повторное образование ПЖ, нами проанализированы следующие параметры: возраст, пол, наследственность (наличие в семейном анамнезе сведений о ПЖ или злокачественных опухолях пищеварительного канала), локализация ПЖ, число полипов, их размеры, форма основания полипа, наличие полипов в других органах пищеварительного канала, применение ИПП более 1 года.

Размеры и число первичных ПЖ были достоверно больше у пациентов при повторном образовании полипов ($p < 0,001$); пациенты чаще применяли ИПП в течение 1 года и более ($p < 0,002$); чаще выявляли полипы в других органах пищеварительного канала ($p=0,024$); чаще выявляли эрозии в слизистой оболочке полипа ($p<0,0001$).

Детально изучены сроки появления, локализация, микроскопическая и макроскопическая картина вновь выросших ПЖ (табл. 1).

В первый год после полипэктомии повторный рост ПЖ наблюдали в основном в антральном отделе желудка — у 18 больных и области угла желудка — у 12. В более поздние сроки новые полипы также образовались преимущественно в антральном отделе (у 54) и теле желудка (у 10). Наиболее часто вновь образованные полипы выявляли в сроки от 1 года до 3 лет — у 106 (93,8%) больных за 4 года наблюдения.

Таблица 2. Соотношение основания вновь возникших полипов и их размеров

Основание полипа	Число полипов размером, см									
	до 0,5		до 1,0		до 2,0		более 2,0		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Широкое	9	7,96	46	40,71	30	26,55	4	3,54	89	78,76
Узкое	2	1,77	9	7,96	12	10,62	1	0,89	24	21,24
Итого ...	11	9,73	55	48,67	42	37,17	5	4,43	113	100

Таблица 3. Морфологическая характеристика вновь выросших ПЖ

Локализация	Число полипов разного гистологического строения											
	гиперпластические		гиперпластические с большим количеством соединительной ткани				аденоматозные		прочие		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Кардиальный отдел	2	1,75	-	-	1	0,9	-	-	3	2,65		
Тело	15	13,3	-	-	3	2,65	2	1,75	20	17,7		
Область угла	4	3,55	8	7,1	4	3,55	2	1,75	18	15,95		
Антральный отдел	13	11,5	40	35,4	15	13,25	4	3,55	72	63,7		
Итого ...	34	30,1	48	42,5	23	20,3	8	7,1	113	100		

О повторном росте полипа свидетельствовали рубцовые изменения стенки желудка после предшествовавшей полипэктомии.

По данным динамического наблюдения за больными, у которых выявлены рубцовые изменения стенки желудка после удаления полипа, обнаружен повторный рост на рубце, в большинстве наблюдений — в антральном отделе желудка. У большинства (92,8%) больных вновь возникшие полипы были одиночными, значительно реже (у 7,2%) — выявляли 2 — 3 полипа.

Все вновь выросшие полипы по окраске чаще всего не отличались от окружающей слизистой оболочки, имели гладкую или дольчатую поверхность. Чаще (в 78,76% наблюдений) вновь возникшие полипы имели широкое, реже — узкое, отчетливо отграниченное основание. Размеры полипов от 0,5 до 3 см, большие (более 0,5 см) полипы выявлены в 90,27 % наблюдений (табл. 2). Соотношение основания и высоты полипа составляло преимущественно 1:1.

По данным морфологических исследований вновь выросших полипов (табл. 3), некоторые из них отличались большим количеством соединительной ткани. Эти полипы выделены в отдельную морфологическую группу.

Большинство (72,6 %) вновь выросших полипов были гиперпластическими, локализовались преимущественно в теле и антральном отделе желудка. Аденомы составляли 20,3% общего числа вновь выросших полипов. Они также локализовались в основном в теле и антральном отделе желудка.

По данным гистологического исследования вновь выросших полипов отмечены некоторые особенности: формирование фиброэпителиальных сосочков с неравномерно выраженным ангиоматозом, уменьшение плотности железистых структур, перигландулярный фиброз, значительное количество кистозно—расширенных желез. В основании некоторых полипов отмечено подобие фиброзного ядра, отдающего соединительнотканые тяжи до стромальной основы новообразованных сосочков. Гистологиче-

ская картина укладывается в диагностическую характеристику "гиперплазиогенного полипа" — доброкачественного фиброэпителиального опухолеподобного образования слизистой оболочки желудка с теми или иными изменениями.

При анализе вновь выросших полипов установлено, что полипы с особым морфологическим строением в 48 наблюдениях возникли в ранние сроки, все на рубце, образовавшемся после удаления полипа, из них 40 — локализовались в антральном отделе, 8 — в области угла желудка.

По данным проведенного исследования, признаками неблагоприятного прогноза, достоверно влияющими на повторное образование ПЖ, являются: число и размеры полипа, наличие эрозий в слизистой оболочке полипа, локализация полипа. Локализацию большинства вновь возникших полипов в антральном отделе желудка можно объяснить особенностями микроциркуляторных нарушений в его слизистой оболочке у больных в возрасте от 51 до 60 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кімакович ВЙ, Нікішаєв ВІ, Тумак ІМ. Ендоскопія травного каналу. Львів: Вид—во Медицина світу, 2008: 185.
2. Иоффе ИВ, Потерякин ВП, Алексеев АВ. Особенности микроциркуляции при полипах желудка. Загальна патологія та патол. фізіологія. 2013;8(2):159—63.
3. Сотников ВН, Дубинская ТК, Есенин ДЮ. Макроскопическая и морфологическая характеристика резидуальных полипов желудка. Эндоск. хирургия. 2010;5:35—40.
4. Jalving M et al. Increased risk of fundic gland polyps during long-term proton pump inhibitor therapy. Aliment. Pharmacol. Ther. 2001;24(9):1341—8.
5. Vieth M, Stolte M. Fundic gland polyps are not induced by proton pump inhibitor. Therapy. Am. J. Clin. Pathol. 2001;116(5):716—20.