

Гаязова А. Ф., Семенова К. А., Нагибин С.И., Болотнова Т. В.

Коморбидные заболевания у пациентов с полипами толстой кишки в практике участкового врача-терапевта

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Тюмень

Gaiazova A.F., Semenova K. A., Nagibin S.I., Bolotnova T. V.

Comorbid diseases in patients with colon polyps in the practice of the district physician

Резюме

Важной проблемой профилактики рака толстой кишки является своевременная диагностика и лечение полипов. На сегодняшний день является крайне актуальным определение влияния коморбидных заболеваний на возникновение и развитие новообразований толстой кишки. Целью исследования явилось найти связь возникновения полипов толстой кишки с коморбидными заболеваниями. Обследовано 82 человека на базе ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России и ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №3» г. Тюмень. Все больные разделены на две группы: с полипами толстой кишки и без полипов толстой кишки и проведен сравнительный анализ коморбидных заболеваний в группах. Получены следующие результаты. Среди коморбидных заболеваний в группе с полипами толстой кишки достоверно чаще, чем в группе без полипов толстой кишки встречались: повышенный уровень холестерина, эрозивные гастриты и холецистэктомия, из сопутствующих заболеваний - артериальная гипертензия. Выводы. Пациенты с повышенным уровнем холестерина, а так же с эрозивными гастритами и после холецистэктомии должны быть направлены на колоноскопию – как скрининговое исследование.

Ключевые слова: толстая кишка; полипы; коморбидные заболевания

Summary

An important problem in the prevention of colon cancer is the timely diagnosis and treatment of polyps. For today it is extremely important to determine the effect of comorbid diseases on the occurrence and development of tumors of the colon. The aim of the study was to find the connection of colon polyps with comorbid diseases. 82 people were surveyed on the basis of the Tyumen state medical University of Minzdrav of Russia and of SAHI "municipal clinic №3" Tyumen. All patients were divided into two groups: with colon polyps and without colon polyps and a comparative analysis of comorbid diseases in the groups. The following results are obtained. Among comorbid diseases in the group with colon polyps were significantly more frequent than in the group without colon polyps: elevated cholesterol, erosive gastritis and cholecystectomy, from concomitant diseases - arterial hypertension. Conclusions. Patients with elevated cholesterol levels, as well as with erosive gastritis and after cholecystectomy should be directed to colonoscopy – as a screening study.

Key words: colon; polyps; comorbid diseases

Введение

Ежегодно в мире регистрируется около 1 млн., человек, заболевших колоректальным раком [1]. Важной проблемой профилактики злокачественных новообразований толстой кишки является своевременная диагностика и лечение предраковых заболеваний данной локализации, важное место среди которых занимают полипы [2,3]. Чаще полипы толстой кишки начинают быстро ра-

сти и озлокачествляются, являясь главной субстанцией рака толстой кишки [4]. Аденоматозные полипы толстой кишки в течение нескольких лет могут превращаться в злокачественные новообразования путем последовательной трансформации [5]. Наличие аденом ободочной кишки является одним из самых существенных факторов риска развития рака. Образование веществ, обладающих повреждающим воздействием на слизистую оболочку

кишки, является наиболее весомым фактором в развитии рака толстой кишки. Избыточное содержание животного жира повышает содержание желчных кислот в кишечнике, которые рассматриваются как потенциально канцерогенные вещества из-за их структурного сходства с полициклическими углеводородами, которые являются стимуляторами канцерогенеза [6]. За счет повышения концентраций токсичных желчных кислот в просвете кишки после холецистэктомии повышается риск развития злокачественных новообразований ободочной кишки [7]. Неалкогольная жировая болезнь печени - системное заболевание с вовлечением в патологический процесс органов желудочно-кишечного тракта, в том числе кишечника. Анализ связи клинично-морфологических вариантов неалкогольной жировой болезни печени и состояния кишечника посвящены единичные исследования. У большинства больных с неалкогольной жировой болезнью печени наблюдаются клинические, эндоскопические и морфологические признаки поражения толстой кишки. При неалкогольной жировой болезни печени изменения слизистой оболочки толстой кишки сопровождаются увеличением относительной плотности и повышением площади экспрессии колоноцитов, иммунопозитивных к лептину и фактору роста эндотелия сосудов [8]. У 30-80 % больных с заболеваниями желчевыводящей системы развиваются патологические процессы в ободочной кишке [9]. На сегодняшний день является крайне актуальным выявление факторов риска развития полипов толстой кишки, в том числе влияние коморбидных заболеваний на возникновение и развитие новообразований толстой кишки.

Цель исследования. Провести сравнительную характеристику коморбидных заболеваний в двух группах: с полипами толстой кишки и без полипов толстой кишки и изучить их роль в развитии предопухолевых состояний толстой кишки.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 82 пациента, которым выполнено эндоскопическое обследование толстой кишки в «МКМЦ «Медицинский город» по направлению врача-терапевта ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №3», г. Тюмень. Протокол обследования больных включал комплексные клинично-лабораторные, функциональные и инструментальные исследования. Все больные были разделены на две группы по данным колонокопии: с полипами толстой кишки – 43 человека (52%) и без полипов толстой кишки – 39 человек (48%). Проведен сравнительный анализ коморбидных заболеваний в группах. Результаты исследований обработаны с помощью программ Microsoft Office Excel 2010 и STATISTICA 2010.

Результаты и обсуждение

Средний возраст пациентов с полипами толстой кишки составил $60 \pm 4,3$ лет, без полипов толстой кишки - $58 \pm 4,6$ лет. Наиболее часто сопутствующие хронические заболевания встречались в группе с полипами толстой кишки (84%), чем в группе без полипов толстой кишки

(75%). Среди коморбидных заболеваний у пациентов с полипами толстой кишки мы рассмотрели заболевания желчных протоков, печени, желудка и двенадцатиперстной кишки.

У пациентов с полипами толстой кишки болезни желчных протоков встречаются в 32% случаев, в группе без полипов толстой кишки – в 43% случаев, различия недостоверны. Из них в группе с полипами толстой кишки желчнокаменная болезнь встречалась достоверно реже (у 28% больных), чем в группе без полипов толстой кишки (у 72% больных). Когда холецистэктомия в группе с полипами толстой кишки была у 14% больных, у больных без полипов толстой кишки в 5% случаев, а перигиб желчного пузыря встречался только у больных в группе с полипами толстой кишки (21% случаев). Таким образом, холецистэктомия больше способствует пролиферации слизистой оболочки толстой кишки, чем наличие желчного пузыря с камнями, так как желчный пузырь является резервуаром для желчи, а при его удалении желчь транзитно выбрасывается в кишечник, что способствует постоянному контакту желчных кислот со слизистой оболочкой толстой кишки. Мы еще раз подтверждаем роль желчных кислот в развитии неоплазии слизистой оболочки толстой кишки. При анализе неалкогольной жировой болезни печени в группах значимых различий не найдено: в группе без полипов толстой кишки данная патология встречалась у 46% больных, в группе с полипами – у 38% больных. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки в группе без полипов толстой кишки встречались чаще, в 84% случаев, чем в группе с полипами толстой кишки – в 76% случаев, различия недостоверны. Из них в группе без полипов толстой кишки атрофический гастрит встречался чаще – у 69% пациентов, чем в противоположенной группе – у 33% пациентов, различия достоверны. Эрозивный гастрит в два раза чаще встречался в группе с полипами толстой кишки – 30%, чем в группе без полипов толстой кишки – 15%. Полипы желудка и двенадцатиперстной кишки преобладали у больных в группе с полипами толстой кишки – 15% случаев, чем в группе без полипов толстой кишки – 3% случаев, различия достоверны. Исходя из полученных данных, нужно отметить роль заболеваний желудка с повышенной кислотностью в развитии полипов толстой кишки (Табл. 1).

Так же мы изучили роль сопутствующих заболеваний в развитии неопластических процессов слизистой оболочки толстой кишки. В литературных источниках представлено очень мало данных о влиянии сердечно-сосудистых заболеваний на развитие предраковых заболеваний и рака толстой кишки. В нашем исследовании заболевания сердечно-сосудистой системы встречались чаще у пациентов с полипами толстой кишки - артериальная гипертензия была в 58% случаев, в группе без полипов толстой кишки - в 46% случаев, различия достоверны, встречаемость ишемической болезни сердца в группах не имела достоверных различий (11% и в 10% случаев соответственно). Так же в группе с полипами толстой кишки у больных часто был повышен уровень общего холестерина - 34% случаев, в сравнении с противоположенной группой – 15% случа-

Таблица 1. Структура коморбидных заболеваний органов пищеварительной системы в группах

	С полипами толстой кишки (n=43)	Без полипов толстой кишки (n=39)
Болезни желчных протоков	32%	43%
Желчнокаменная болезнь	9%	23%*
Холцистэктомия	4%*	2%
Перегиб желчного пузыря	5%	0
Неалкогольная жировая болезнь печени	38%	46%
Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки	76%	84%
Атрофический гастрит	33%	69%*
Эрозивный гастрит	30%*	15%
Полипы желудка и двенадцатиперстной кишки	15%*	3%

Примечание: * - статистическая значимость различий между показателями группы с полипами толстой кишки и группы без полипов толстой кишки, $p < 0,05$ (уравнение значимости χ^2 для сравнения двух зависимых групп).

Таблица 2. Структура коморбидных заболеваний в группах

	С полипами толстой кишки (n=43)	Без полипов толстой кишки (n=39)
Артериальная гипертензия	58%*	46%
Ишемическая болезнь сердца	11%	10%
Общий холестерин	34%*	15%
Сахарный диабет 2 типа	9%	15%
Болезни щитовидной железы	16%	20%
Ожирение	37%	30%
Заболевания позвоночника	30%	25%
Заболевания суставов	16%	25%
Заболевания органов дыхания	9%	5%

Примечание: * - статистическая значимость различий между показателями группы с полипами толстой кишки и группы без полипов толстой кишки, $p < 0,05$ (уравнение значимости χ^2 для сравнения двух зависимых групп).

ев, различия достоверны. Повышенный уровень холестерина чаще связан с избыточным употреблением в пищу продуктов, содержащих жиры животного происхождения, что повышает содержание желчных кислот в кишечнике, которые рассматриваются как возможные канцерогенные вещества [6]. Повышенный уровень глюкозы и инсулина в крови, а так же инсулинорезистентность стимулируют экспрессию факторов роста, в том числе инсулиноподобного фактора роста 1 и сосудистого фактора роста. С помощью патологической активации внутриклеточных сигнальных путей и последующей индукции экспрессии генов, участвующих в стимуляции воспаления, ангиогенезе и пролиферации прогрессирует неопластическая трансформация [10]. Поэтому сахарный диабет 2 типа отнесем к факторам риска развития полипов толстой кишки. В группе больных с полипами толстой кишки 9% больных состоят на учете с диагнозом сахарный диабет 2 типа, в группе без полипов толстой кишки - 15% больных. В нашей работе данное убеждение не подтвердилось. О роли заболевания щитовидной железы в канцерогенезе толстой кишки в литературе также представлено мало данных, болезни щитовидной железы встречались в 16% в группе с полипами толстой кишки и в 20% в группе без полипов толстой кишки, достоверных различий в группах нет. Жировая ткань организма человека, как эндокринный орган, продуцирует адипокины (гормоны и цитокины). Повышение уровня

воспалительных адипокинов провоцирует канцерогенез [11]. Таким образом, больные с ожирением подвержены риску развития онкологического заболевания, в том числе злокачественным новообразованиям толстой кишки. В нашем исследовании ожирение так же рассмотрено как фактор риска развития полипов толстой кишки. В группе больных с полипами толстой кишки ожирение встречалось в 37% случаев, в группе обследованных без полипов толстой кишки ожирение было в 30% случаев, но данные не различаются достоверно. У пациентов с полипами толстой кишки заболевания позвоночника встречаются чаще (30% случаев), чем в противопоставленной группе (25% случаев), заболевания суставов, наоборот, в этой группе встречаются реже (16%), чем в противопоставленной группе (25%), достоверных различий не найдено. Хронические заболевания органов дыхания преобладали в группе с полипами толстой кишки (9%), в сравнении с группой без полипов толстой кишки (5%), можно предположить роль заболеваний органов дыхания в возникновении полипов толстой кишки, как результат оксидативного стресса (Табл. 2).

Выводы

1. Больные с полипами толстой кишки чаще, чем больные без полипов толстой кишки имели сопутствующие заболевания.

2. Среди заболеваний желчных протоков важную роль в развитии полипов толстой кишки играет холецистэктомия, мы рекомендуем всем больным после холецистэктомии проводить колоноскопию с целью ранней диагностики и последующего лечения предраковых состояний толстой кишки.

3. Так же колоноскопию необходимо проводить больным с эрозивными гастритами и полипами желудка, так как в группе с полипами толстой кишки достоверно чаще встречались полипы и эрозии в желудке и двенадцатиперстной кишке, чем в группе без полипов толстой кишки.

4. Наиболее часто среди сопутствующих заболеваний встречались сердечно-сосудистые заболевания, как и в популяции. Артериальная гипертензия преобладала в группе с полипами толстой кишки, так же в этой группе у больных в два раза чаще был повышен холестерин, чем в группе без полипов толстой кишки. С целью профилактики предопухолевых заболеваний толстой кишки необ-

ходим контроль и коррекция уровня холестерина крови пациентов. ■

Гаязова Анастасия Федоровна, аспирант кафедры внутренних болезней, поликлинической терапии и семейной медицины Тюменского государственного медицинского университета, Семенова Кристина Андреевна, к. м. н., доцент кафедры внутренних болезней, поликлинической терапии и семейной медицины Тюменского государственного медицинского университета, Нагибин Сергей Игоревич, главный врач ГАУЗ ТО "Городская поликлиника № 3", Балотнова Татьяна Викторовна, д. м. н., профессор, заведующая кафедрой внутренних болезней, поликлинической терапии и семейной медицины Тюменского государственного медицинского университета, Автор ответственный за переписку - Гаязова Анастасия Федоровна, anast_fed@mail.ru, 625023, Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д.54. Тел. 89088750577.

Литература:

1. Кашин С.В. Современные аспекты выполнения колоноскопии с целью скрининга полипов и колоректального рака. *Доказательная гастроэнтерология*. 2014; 3: 58-67.
2. Воробей А.В., Хмельницкая В.Я., Сушков С.А. и др. Полипы толстой кишки. Актуальные вопросы колопроктологии. Тезисы доклада первого съезда Колопроктологов России с международным участием. Самара. 2003; 202-203.
3. Белоус Т.А. Патоморфология предраковых состояний толстой кишки. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2002; 12 (4): 50-55.
4. Ривкин В.Л. Полипы желудка и толстой кишки. *ЖКТ*. 2014; 02: 12-13.
5. Щербаков А.М. Лечение малигнизированных полипов толстой кишки. *Эндоскопия*. 1996; 1: 18-22.
6. Мартынюк В.В. Рак ободочной кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг). *Практическая онкология*. 2000; 8 (1): 3-9.
7. Вялов С.С. Желчнокаменная болезнь: правильная тактика – залог успешного литализа. *Consilium Medicum*. 2017; 8.2: 77-82.
8. Козлова И.В., Лаптева Е.А. Изменения толстой кишки при неалкогольной жировой болезни печени: клинические, эндоскопические, иммуногистохимические критерии диагностики. *Современные проблемы науки и образования*. 2018; 3.
9. Минцликин О.Н., Масловский Л.В. Диагностика и лечение функциональных расстройств билиарного тракта. *РМЖ. Гастроэнтерология*. 2010; 18 (4): 277.
10. Станевич У. Коррекция факторов риска колоректального рака - путь к первичной патогенетической профилактике. *Вестник российского научного центра рентгенодиагностики Минздрава России*. 2016; 16 (3): 8.
11. Милица К. Н., Маслов А. И. Абдоминальное ожирение как фактор риска развития колоректальных аденом. *Запорожский медицинский журнал*. 2016; 5 (98): 53-57.