

ство симптоматических эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки возрастает [3]. Это связано, в частности, с увеличением числа лиц пожилого и старческого возраста, которые, имея различными хронические заболевания сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата, вынуждены использовать ulcerогенные препараты [2, 9, 10], что демонстрируют и результаты нашего исследования. Будучи вторичными по своему происхождению, эрозивно-язвенные поражения могут существенно осложнить течение основного заболевания [1, 3, 5]. Кроме того, у части пациентов эрозивный гастродуоденит может являться следствием других хронических заболеваний органов пищеварения (желчевыводящие пути, поджелудочная железа) или являться самостоятельной формой поражения ЖКТ. Так как указанные поражения часто протекают бессимптомно, неоспорим вклад эндоскопических исследований верхних отделов ЖКТ в выявление изменений слизистой оболочки у пациентов. Это позволяет своевременно провести лечение данной патологии и коррекцию терапии основного хронического заболевания.

### Литература

1. Аруин Л. И., Капуллер Л. Л., Исаков В. А. Морфологическая диагностика болезней желудка и двенадцатиперстной кишки. — М.: «Триада — X», 1998 — С. 154–225.

2. Арутюнов А. Г., Бурков С. Г. Спектр заболеваний желудочно-кишечного тракта, выявляемые при проведении эндоскопического исследования у пациентов старческого возраста. — *Клинический вестник*. — 2002. — С. 46–49.

3. Залесова В. Г., Никифоров П. А. Симптоматические эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях многопрофильного стационара. — *Клинический вестник*. — 2007. — С. 33.

4. Калинин А. В. Симптоматические гастродуоденальные язвы. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук — 14.00.04 — 1987.

5. Каратеев А. В., Насонова В. А. Проблемы НПВП-индуцированных гастропатий: прошлое и настоящее. 2004. — <http://www.rmj.ru/bop/t6/n1/36.htm>.

6. Кузин М. И., Чистова М. А. Острые язвы и ulcerогенные эндокринные заболевания — в кн.: *Хирургические болезни*. Под ред. М. И. Кузина — М.: Медицина, — 1995. — 379–383 с.

7. Пономарев А. А., Куликов Е. П. Необычные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. — Рязань: Узоречье. — 2003.

8. Яицкий Н. А., Седов В. М., Морозов В. П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Москва: МЕДпресс-информ. — 2002 — 10 с.

И др. авторы.

## Полипы желудка: ближайшие и отдаленные результаты эндоскопической полипэктомии и динамического наблюдения

В.Н. Ляпунова<sup>1</sup>, П.А. Никифоров<sup>1</sup>, Е.И. Брехов<sup>1</sup>, А.Ф. Блохин<sup>3</sup>, С.Г. Бурков<sup>3</sup>, Ю.П. Грибунов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ,

<sup>2</sup>ФГБУ «Центральная клиническая больница» УД Президента РФ,

<sup>3</sup>ФГБУ «Поликлиника №3» УД Президента РФ

Под наблюдением находилось 407 больных с полипами желудка. В 282 случаях прослежены ближайшие и отдаленные результаты полипэктомии. Установлено, что среди полипов желудка в 1,6–3% случаев могут встречаться малигнизированные образования. После полипэктомии в 15% случаев возможно образование новых полипов. В 22% случаев возникает рецидив опухоли в месте удаления, в том числе в 10% — в форме рака желудка. Полученные результаты подтверждают необходимость эндоскопического наблюдения за пациентами с полипами желудка в период до и после их удаления.

**Ключевые слова:** полипы, рак.

407 patients with stomach polyps were taken into the study. Immediate and long-term results of polypectomy have been followed-up in 282 cases. It has been found out that malignant neoplasms can be met in 1.6–3% of cases. In 15% of cases new polypous formations may appear after polypectomy. In 22% tumour recurrences may develop at the site of removal; among them - 10% as stomach cancer. The obtained results confirm a necessity to include endoscopic examination into the follow-up program of patients with stomach polyps before and after polyps' removal.

**Key words:** polyps, cancer.

Диагностика и методы лечения полипов желудка остаются на сегодняшний день одной из актуальных проблем медицины [9, 10]. Полипы желудка, по данным некоторых авторов, выявляются у 2,5–3% пациентов, которым была проведена скрининговая эзофагогастродуоденоскопия [4, 5]. Научный и практический интерес к этому вопросу прежде всего обусловлен доказанной взаимосвязью полипов желудка и рака, что включает их в число предраковых заболеваний [11, 12, 14]. К основной массе полипов желудка относятся образования,

имеющие гистологическое строение гиперпластических (гиперперплазиогенных) полипов и аденомы (аденоматозные полипы), относящиеся к истинным доброкачественным эпителиальным опухолям [1, 6, 8, 13]. Ведущим методом диагностики, наблюдения и лечения полипов желудка является эндоскопия [2, 3, 7].

В настоящей публикации рассматриваются результаты диагностики и динамического наблюдения за больными с полипами желудка в лечебных учреждениях, подведомственных УД Президента РФ.

**Материалы и методы**

Обследованы 409 пациентов – 200 мужчин и 209 женщин в возрасте от 35 до 89 лет, средний возраст 67,5 года. Общая длительность эндоскопического наблюдения, включая время, предшествующее полипэктомии, и последующий период, составляла 3–19 лет. Эндоскопическая полипэктомия проводилась в основном в стационарных условиях с использованием стандартных методик: электроэксцизии полипов методом диатермокоагуляции, аргоноплазменной коагуляции, сочетанными методами. 48 пациентов с полипами желудка наблюдались без проведения вмешательства.

**Результаты и обсуждение**

По данным эндоскопического исследования в верхнем отделе желудка (кардия, субкардия и свод) полипы образовывались в 14% случаев, в теле – в 60%, антральном отделе желудка – в 25% случаев. В 64% случаев полипы были одиночными, в 22% – единичными (2–3 образования), в 13% – множественными (свыше 5) и в 1% случаев поражение расценивалось как полипоз (свыше 20 образований).

В табл. 1 представлено распределение больных в зависимости от размеров полипов.

**Таблица 1**

**Размеры удаленных полипов**

Размер, см	Количество	В том числе малигнизированные	%
До 0,5	43		5,6
0,5–1,0	602	1	77,9
1,1–1,5	98	4	12,7
1,6–2,0	18	1	2,3
2,1–2,5	5		0,6
Более 2,5	7		0,9
Всего ...	773		100

Как видно, более 80% полипов не превышают размера 1 см. Малигнизированные полипы в нашей выборке оказались достоверно крупнее по сравнению с общей массой удаленных новообразований ( $p < 0,05$ ).

Результаты морфологического исследования представлены в табл. 2. Из выборки исключены образования специфического строения (полиповидные формы рака, карциноид) и подслизистые опухоли.

Как видно из табл. 2, среди полипов примерно в равном количестве встречаются аденоматозные и гиперплазиогенные полипы, у части пациентов морфологическая картина оценена как полиповидная гиперплазия и в 0,4–1,6% случаев в удаленных или биопсированных полипах констатировано наличие злокачественного перерождения.

У всех больных полипы были выявлены на фоне гастрита, как правило, имеющего визуально характер атрофического процесса различной распространенности и практически во всех случаях поражающего выходной отдел желудка. Морфологическое изучение

**Таблица 2**

**Распределение полипов в зависимости от гистологической структуры**

Структура	Выявленные полипы		Удаленные полипы	
	количество	%	количество	%
Гиперпластический полип	307	39,8	162	42,1
Железистый полип	389	50,4	194	50,4
Полиповидная гиперплазия	72	9,3	23	5,9
Малигнизированные полипы (железистые с дисплазией 2–3-й стадии)	3	0,4	6	1,6
Всего ...	771	100	385	100

биоптатов у 140 больных подтвердило наличие гастрита с атрофией в 76% случаев. Обсеменение хеликобактер пилори (Hр) констатировано среди 139 пациентов в 58% случаев.

Далее рассматриваются результаты эндоскопической полипэктомии, проведенной 367 пациентам. Показания для проведения манипуляции представлены в табл. 3.

Как видно, у большего числа пациентов основанием для удаления полипа служил его достаточный размер, судя по вышеприведенным данным, превышающий 0,5 см. Вторая значимая группа – это больные с множественными новообразованиями. Еще одна причина вмешательства (около 10% случаев) – это увеличение размера в процессе наблюдения. Существенным фактором являлись результаты морфологического исследования. Однозначно трактовались указания на злокачественный процесс или на наличие подозрительных с этой точки зрения данных, например тяжелой дисплазии эпителия. Подвергались удалению также все полипы аденоматозного строения.

Эндоскопическая полипэктомия произведена исходно 367 пациентам, и при этом использовались стандартные методики удаления.

**Таблица 3**

**Показания к эндоскопической полипэктомии**

Показания к полипэктомии	Количество	%
Размер	173	47,1
Аденокарцинома	3	0,8
Количество	110	29,9
Гистология	24	6,5
Размер и наличие дисплазии	5	1,3
Рост полипа	36 (из 306 наблюдаемых до удаления)	9,8
Кровотечение из полипа	8	2,1
Пролапс в двенадцатиперстной кишке	2	0,5
Увеличение количества	6	1
Всего ...	367	100

Таблица 4

## Методы эндоскопической полипэктомии

Методы полипэктомии	Количество манипуляций	%
Электроэксцизия	417	85,9
Аргоноплазменная коагуляция (АПК)	21	4,4
АПК+ электроэксцизия	10	2,1
Электрокоагуляция	13	2,8
Электрокоагуляция+ электроэксцизия	24	4,8
Всего ...	485	100

Как видно, чаще всего использовался «традиционный» метод удаления посредством электроэксцизии с помощью диатермической петли, иногда в сочетании с аргоноплазменной коагуляцией. Методика резекции слизистой в наших наблюдениях не применялась.

Осложнения в форме кровотечения наблюдались у 15 больных (4,3% от 367 пациентов), или в 2,5% (773) от числа удаленных полипов. Кровотечение, как правило, носило характер диapedезного. Во всех случаях, кроме одного, кровотечение было остановлено методами местного эндоскопического воздействия – диатермокоагуляцией, аргоноплазменной коагуляцией и (или) введения раствора адреналина на физиологическом растворе. Одному пациенту понадобилось оперативное вмешательство.

Большая часть пациентов с полипами желудка находилась под эндоскопическим наблюдением в период, предшествующий образованию полипов, в течение отрезка времени, предшествующего полипэктомии, и в последующем после их удаления. Кроме того, мы располагаем данными наблюдения за группой из 48 пациентов, которым полипэктомия по тем или иным причинам не производилась. Его длительность составляла от 2 до 19 лет.

Первый рецидив полипа в зоне удаления после манипуляции отмечен у 68 (24,1%) пациентов из 282 в интервале от нескольких месяцев до 3–5 лет. В 8 случаях (2,8%) в зоне полипэктомии развился рак, и больные были оперированы. Время повторного (или повторных) образований полипов в процессе последующего наблюдения за 60 пациентами составляло период от нескольких месяцев до 15 лет. В их числе у 21 больного повторные рецидивы после вмешательства возникали 3 раза и более. У 8 человек этой группы процесс имел практически непрерывный характер и после очередной полипэктомии через короткий отрезок времени полипы возникли вновь и число удалений доходило до 15. Размер вновь возникающих полипов и их гистологическая структура в целом соответствовали исходным. Методика удаления принципиально оставалась прежней. Трое больных были оперированы, у одного из них позже полип возник в зоне анастомоза.

Образование новых полипов вне зоны полипэктомии в процессе наблюдения отмечено у 41 пациента (15%) из 274. Длительность наблюдения, в течение которого возникли новые полипы, составляла от 1 года до 15 лет, а их размеры и гистологическая структура значимо не отличались от таковых в общей группе.

Результаты динамического наблюдения за существующими и вновь возникшими полипами, включая группу пациентов, которым полипэктомия не проводилась, позволили установить следующее. Увеличение размера полипов отмечено у 39 (11,2%) из 348 больных. Трансформация гистологической структуры – развитие аденомы в ранее существующем гиперпластическом полипе – имела место в 1 случае. У 2 пациентов в процессе наблюдения констатирована злокачественная трансформация аденомы. Из 48 больных, которым полипэктомия не производилась, у 6 отмечено уменьшение размеров или исчезновение полипов (гиперплазиогенных по строению).

Частота злокачественного перерождения составляла 6 случаев (1,6%) от 384 гистологически верифицированных после полипэктомии новообразований, или 3% от 194 аденоматозных полипов, поскольку рак возник только в полипах этой структуры. Следует отметить, что в 5 случаях злокачественное перерождение выявлено только при исследовании уже удаленных полипов и в 1 – при исследовании биоптата. Размер полипа в одном случае не превышал 1 см, в четырех – 1,1–1,5 см и в одном – 1,6–2 см. Морфологически рак был представлен аденокарциномой в железистом полипе, в 2 случаях – на фоне тяжелой дисплазии.

Как сказано выше, рак в месте удаления полипа в форме рецидива образования возник в 8 случаях (2,1%) из 384 суммарно от числа удаленных полипов или 4,4% из 194 имеющихся в их числе аденом. Макроскопически рак по эндоскопической классификации ранних раков желудка представлен в 5 случаях полиповидной формой (1-й тип), в 2 случаях – бляшковидной формой (2-й тип) и в 1 случае – изъязвленной формой (3-й тип). Размер опухоли в 1 случае составлял 0,5 см, в 5 случаях – 0,5–1 см, в 1 случае – 1,5 см. Морфологически имели место аденокарцинома различной дифференцированности у 7 больных и рак в зоне тяжелой дисплазии в железистом полипе. Сроки возникновения опухоли после полипэктомии: до года – у 3 больных и 1–3 года – у 5 пациентов.

Представленные данные, обобщающие многолетний опыт наблюдения за больными с полипами желудка и результатами их удаления, позволяют выделить некоторые положения, характеризующие ключевые аспекты проблемы. Динамика возникновения и роста полипов желудка характеризуется быстрым ростом на начальном этапе и замедлением в последующем периоде. Случаи трансформации гистологической структуры полипов в наших наблюдениях единичны, и, по-видимому, их строение определено исходно. Полученные результаты подтверждают существующие представления о злокачественном потенциале полипов желудка. Вероятность злокачественного перерождения сравнительно невелика и не превышает 3% для аденом, которые относятся к истинным эпителиальным опухолям. В сравнении с общей массой полипов, образующихся в желудке, малигнизация сравнительно чаще возникает в полипах крупных размеров. Неоднозначной можно считать трактовку необходимости эндоскопического вмешательства как средства выбора в ведении пациентов с данной формой патологии. С одной стороны, существующая вероятность малигнизации полипов или их осложненного течения предполагает необходимость вмешательства как средства



профилактики и лечения этих состояний. С другой стороны, в качестве одной из гипотез возникновения рака в зоне удаления полипа можно рассматривать воздействие вмешательства как провоцирующего фактора его развития или недостаточную радикальность проведенного вмешательства.

С практической точки зрения, полученные результаты предполагают, во первых, необходимость динамического наблюдения с морфологической верификацией новообразований и удаление полипов, в первую очередь имеющих структуру аденом. Разумеется, при этом должны учитываться факторы риска, связанные с данной манипуляцией, вероятность развития рецидива, в том числе и в форме рака желудка. Хотелось бы подчеркнуть, что на всех этапах наблюдения и лечения больных с данной формой патологии совершенно необходимо применение современной эндоскопической аппаратуры и технологий, позволяющих диагностировать наличие новообразования и оценить его структуру, эффективно и радикально осуществить удаление полипа и проследить за ближайшими и отдаленными результатами лечения.

#### Литература

1. Аруин Л.И., Капулер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. М — 1998. — 496 с.
2. Брегель А.И., Кельчевская Е.А. Эндоскопическая полипэктомия в лечении полипов желудка, пищевода и двенадцатиперстной кишки. // 2-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: сборник тезисов. — 1997. — С. 264—266.
3. Васильев Ю.В. Лазерная фотокоагуляция и электроэксцизия ПЖ. // Вопросы онкологии. — 1991. — Т. 37. — № 1. — С. 73—76.

4. Куренков Е.Л. Морфогенез и морфологическая характеристика гиперпластических и аденоматозных полипов желудка: дис. канд. мед. наук. — Челябинск, 1996.

5. Луцевич Э.В., Белов И.Н., Карелина Е.А., Меграбян Р.А. Диспансерное наблюдение за больными полипозом верхнего отдела пищеварительного тракта. Хирургия. — 1986. Т. 9. — С. 55—59.

6. Международная гистологическая классификация опухолей пищевода и желудка № 18. — М., — 1982. — 52 с.

7. Никишина Е.И. Эндоскопическая диагностика и лечение резидуальных ПЖ: дис. ... канд. мед. наук. — М., — 2000.

8. Самсонов В.А. Опухоли и опухолеподобные образования желудка. — М., — 1989. — 280 с.

9. Сотников В.Н. Эндоскопия в диагностике и лечении полипов желудка. Альманах эндоскопии. — № 1. — 2002. — С. 118—123.

10. Н.Е. Черняховская, В.Г. Андреев, Д.П. Черепянец, А.В. Повалев. Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. — М — 2006 г. — С. 99—104.

11. Bertoni G., Sassatelli R., Nigrisoli E. et al. Dysplastic changes in gastric fundic gland polyps of patients with familial adenomatous polyposis. // Ital. Journal of Gastroenterology. — 1999. — Vol. 62, № 2. — P. 192—197.

12. Diabo M., Itabashi M., Hirota T. et al. Malignant transformation of gastric hyperplastic polyps. // Americal Journal of Gastroenterology. — 1987. — Vol. 82, № 10. — P. 1016—1025(32).

13. Elster K. Histological classification of gastric polyps. // Pathol. of Gastrointestinal Tract. — 1976 — P. 77—93.

14. Kato I., Tominaga S., Ito Y., Kobayashi S., Yoshii Y., Matsuura A., Kameya A., Kano T., Ikari A. (1992 Nov) A prospective study of atrophic gastritis and stomach cancer risk. Jpn J Cancer Res. — Vol. 83, № 11. — P. 1137—1142.