

На правах рукописи

Маргарян
Левон Арменович

Комплексная эндоскопическая
диагностика полипов желудка

14.00.27 – хирургия

А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2009

**РАБОТА ВЫПОЛНЕНА В ГОУ ДПО «РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РОСЗДРАВА»**

Научный руководитель

доктор медицинских наук, профессор
Сотников Вениамин Николаевич

Официальные оппоненты

доктор медицинских наук, профессор
Гуляев Андрей Андреевич

доктор медицинских наук, профессор
Терещенко Сергей Григорьевич

Ведущая организация

Российский научный центр хирургии
им. академика Б.В. Петровского РАМН

Защита состоится: «19» ноября года в 10 часов на заседании
Диссертационного совета Д.208.071.05 при ГОУ ДПО «Российская медицинская академия
последипломного образования Росздрава» по адресу:

123995, г. Москва, ул. Баррикадная д.2/1.

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке ГОУ ДПО «РМАПО
Росздрава» по адресу: 125445, г. Москва, ул. Беломорская, 19.

Автореферат разостлан: «14» ноября 2009г.

Ученый секретарь
диссертационного совета

Чудных С.М.

Общая характеристика работы

Актуальность темы

Полипом принято называть любое ограниченное образование, выступающее в просвет органа (Аруин Л.И. и соавт., 1998; K.Borch et al., 2003). Они относятся к доброкачественным эпителиальным опухолям желудка. Частота обнаружения полипов по материалам вскрытий составляет 3% по отношению ко всем опухолям желудка (Lawrence W. И соавт., 1995), а при эндоскопическом исследовании, по данным различных авторов, их выявляют в 0,6% – 8,7% случаев (G. Oberhuber et al., 2000; E. Giulio et al., 2005; D.J. Morais et al., 2007).

Согласно международной гистологической классификации, все полипы желудка разделяют на истинные (аденомы) и опухолеподобные образования. Среди всех полипов желудка аденомы встречаются в 14 – 15% случаев (Сотников В.Н. и соавт., 2004; Чернеховская Н.Е. и соавт., 2008; Б.Блок и соавт., 2007). К опухолеподобным поражениям относят гиперпластические и фиброзные полипы, которые по гистологическому строению не являются опухолями и составляют большинство полипов желудка (более 85%) и построены из желез, выстланных ямочным эпителием (Luk G.D., 1998).

Полип – это термин макроскопический, а природу его можно окончательно определить лишь после гистологического исследования удаленного полипа (Сотников В.Н., 2002; Чернеховская Н.Е. и соавт., 2009; Sivak M.V., 2000). Прогностическая значимость отдельных макроскопических признаков, позволяющих установить морфологическую структуру полипа во время гастроскопии, изучена недостаточно.

Причины возникновения полипов отличаются многообразием. Полипы относят к мультифакторным заболеваниям, для возникновения которых необходимо сочетание определенных условий внешней среды, наследственной предрасположенности, а также фоновые нарушения процессов апоптоза и пролиферации. Большинство исследователей считает,

что полиповидные образования слизистой оболочки желудка возникают в результате дисрегенерации на фоне ее хронического воспаления, сопровождающегося развитием атрофии (Куренков, Е.Л., 2000; S.C. Abraham et al., 2001; K.Borch et al., 2003). Структурные изменения слизистой оболочки желудка неизбежно сопровождаются нарушением ее функций, в первую очередь, кислотопродуцирующей. Многие авторы отмечают снижение кислотности желудочного сока у больных с полипами желудка (Горшков А.Н., 1996; H.Z.Wang, 1990; K.Naruma et al., 1991). Работы, посвященные особенностям морфофункциональных изменений слизистой оболочки желудка у пациентов с полипами различного морфологического строения, немногочисленны и противоречивы.

Приоритетная роль инфекции *H. pylori* в развитии воспалительно-дегенеративных изменений слизистой оболочки желудка общеизвестна (Ивашкин В.Т.и соавт., 2001; Исаков В.А. и соавт., 2003; Маев И.В.и соавт., 2006). Особенности колонизации *H. pylori* у больных с различными морфологическими типами полипов требуют дальнейшего уточнения.

В структуре предраковых заболеваний желудка доля полипов минимальна – всего 1% (Чиссов В.И. и соавт., 2000). Аденомы в 6 – 75% случаев подвергаются злокачественному перерождению, и в 29 – 59% случаев их находят у больных раком желудка. Наиболее опасны в этом отношении аденомы диаметром более 2 см. Гиперпластический полип не является предраком. Малигнизация гиперпластических полипов происходит очень редко (1,3%). У 18 – 25% больных рак находят рядом с полипами (Orlowska J. и соавт., 2002).

Таким образом, несмотря на большое количество работ, посвященных полипам желудка, ряд аспектов этого патологического процесса до настоящего времени остается недостаточно ясным. Все это определяет необходимость дальнейшего углубленного изучения данной проблемы.

Цель исследования

Улучшить результаты лечения больных с полипами желудка за счет разработки лечебного алгоритма в зависимости от количества и морфологической структуры полипов и морфофункциональных изменений слизистой оболочки желудка.

Задачи исследования

1. Провести анализ соответствия макроскопических характеристик полипов их морфологическому строению.
2. Изучить особенности морфологических изменений слизистой оболочки желудка у пациентов с различными типами полипов.
3. Провести анализ соответствия кислотопродуцирующей функции морфологическим изменениям слизистой оболочки желудка, а также макроскопическим и морфологическим характеристикам полипов.
4. Изучить распространенность хеликобактериоза у больных с различными типами полипов желудка в зависимости от вида гастрита и характера кислотопродукции.
5. Разработать алгоритм лечения больных с полипами желудка.

Научная новизна полученных результатов

- На большом клиническом материале проведен анализ соответствия макроскопических признаков полипов их морфологическому строению и тяжести морфофункциональных изменений слизистой оболочки желудка.
- Разработан алгоритм лечения больных с полипами желудка с учетом их количества, морфологического строения и морфофункциональных изменений слизистой оболочки желудка.

Практическая значимость полученных результатов

Полученные результаты позволяют повысить информативность эндоскопической диагностики полипов желудка, оптимизировать тактику ведения больных с этой патологией и улучшить результаты лечения.

Основные положения, выносимые на защиту

- Гиперпластические полипы достоверно чаще развиваются на фоне атрофического гастрита и локализуются преимущественно в теле желудка.
- Внешний вид полипа достоверно не отражает его гистологического строения.
- Гиперпластические полипы в рак не переходят. Источником риска злокачественных новообразований служат аденоматозные полипы и слизистая оболочка желудка.

Связь с планом научной работы РМАПО МЗ РФ

Диссертационная работа выполнена в соответствии с отраслевой научно-исследовательской программой «Последипломное образование медицинских кадров 2005 – 2008 г.г.», выполняемой на кафедре эндоскопии ГОУ ДПО РМАПО МЗ РФ (гос. регистрация № 01200216501).

Личный вклад соискателя

Автор выполнял диагностические гастроскопии с забором биоптатов для цитологического и морфологического исследований биопсийного материала, эндоскопическую внутрижелудочную рН-метрию, анализ и статистическую обработку полученных данных. Автор также принимал активное участие в выполнении эндоскопической полипэктомии.

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования внедрены в клиническую практику эндоскопического и хирургических отделений больницы им. С.П. Боткина, «Клиники» ГОУ ДПО РМАПО. Материалы проведенного исследования включены в программу лекций и практических занятий для специалистов, проходящих курсы профессиональной переподготовки и повышения квалификации на кафедре эндоскопии ГОУ ДПО РМАПО МЗ РФ.

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на 12-м Московском международном конгрессе по эндоскопической хирургии 23 – 25 апреля 2008г.

Апробация работы прошла на совместной конференции кафедры эндоскопии ГОУ ДПО РМАПО МЗ РФ, врачей эндоскопического отделения ГКБ им. С.П.Боткина и слушателей цикла ОУ «Эндоскопия» 17 июня 2009 года.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 3 научные работы, все в отечественных изданиях.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 114 страницах машинописного текста, состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Диссертация иллюстрирована 25 таблицами, 47 рисунками и 1 диаграммой. Библиографический указатель содержит ссылки на 162 источника, в том числе 58 отечественных и 104 иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Изучение эффективности лечения больных с полипами желудка проводилось на группе из 133 больных с полипами желудка, наблюдавшихся в отделении эндоскопии ГКБ им. С.П. Боткина – клинической базе кафедры эндоскопии ГОУ ДПО РМАПО Росздрава в период с марта 2005 г. по март 2009 г.

Распределение больных с полипами желудка по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных с полипами желудка по полу и возрасту

П	Возраст				Всего
	< 31	31-50	51-70	> 70	
М	- (0%)	3 (2,3%)	18 (13,5%)	10 (7,5%)	31 (23,3%)
Ж	2 (1,5%)	16 (12,0%)	51 (38,4%)	33 (24,8%)	102 (76,7%)
В	2 (1,5%)	19 (14,3%)	69 (51,9%)	43 (32,3%)	133 (100%)

Как видно из таблицы 1, полипами желудка страдали в основном женщины. Соотношение мужчин и женщин составило 1:3. Полипы чаще всего диагностировали в возрастной группе 51 – 70 лет (51,9%). После 70 лет количество пациентов с полипами уменьшается.

Кроме полипов, при проведении ЭГДС была выявлена и другая патология верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ). Данные о сопутствующих заболеваниях представлены в таблице 2.

Сопутствующая патология ВОПТ, выявленная при ЭГДС

Патология	Количество больных	
	Абс.	%
Хронический гастрит	133	100
Аксиальная хиатальная грыжа	87	65,4
Косвенные признаки заболеваний гепатопанкреатобилиарной системы	37	27,9
Парафатеральный дивертикул	4	3,0
Дивертикулы пищевода	3	2,3
Папиллома пищевода	1	0,7
Варикозное расширение вен пищевода	1	0,7

Как видно из таблицы 2, у всех больных с полипами желудка имелись макроскопические признаки хронического гастрита. Аксиальная хиатальная грыжа диагностирована у 65,4% пациентов. Достаточно часто у больных с полипами желудка выявлялись косвенные признаки заболеваний гепатопанкреатобилиарной системы (27,9%), причем у 4 из них диагностирован парафатеральный дивертикул. Другая патология, представленная в таблице 2, встречалась реже.

Эндоскопическое исследование проводили по общепринятой методике видеоэндоскопами с торцевым расположением оптики фирмы «Fujinon», модель EG-450WR5 и фирмы «Pentax», модель ЕРК 700. Для протоколирования хода исследования и создания базы данных (эндофото) применялся компьютер с программным обеспечением «Medical vision» и «Endoimage».

При описании эндоскопической картины за основу была взята номенклатура по эндоскопии пищеварительного тракта OMED (Третье издание, переработанное и дополненное, на русском языке под редакцией Е.Д.Федорова).

Эндоскопическая топографическая пристеночная рН-метрия выполнялась с помощью рН-метрических зондов и ацидогастрометра

микропроцессорного «АГМ-03» (техническое наименование АГМ-МП-03-1), изготовленных Научно-производственным предприятием «Исток-Система» г. Фрязино Московской области.

Оценка полученных данных осуществлялась по двум основным функциональным зонам:

- Зоне активного кислотообразования, которая обычно соответствует телу и своду желудка.
- Зоне выработки щелочного секрета, которая обычно соответствует антральному отделу желудка.

Активность кислотообразования оценивалась по данным рН в теле и своде желудка: рН $> 5,0$ – анацидное состояние, рН $5,0 - 2,1$ – гипоацидное состояние, рН $1,2 - 2,0$ – нормацидное состояние, рН $< 1,2$ – гиперацидное состояние.

Ощелачивающая функция антрального отдела считается сохраненной при рН > 5 в средней трети антрального отдела желудка.

Морфологическое исследование проводили с целью изучения структуры полипа и оценки состояния слизистой оболочки желудка.

Морфологическое исследование полипов выполнено у всех пациентов: у 105 больных изучали полипы, извлеченные после эндоскопического удаления, у 28 пациентов структуру полипов изучали по данным морфологического исследования биоптатов, полученных из полипов. Забор биопсийного материала из полипа производили из 3-х точек: из средней трети полипа, из верхушки полипа и на границе полипа и слизистой оболочки желудка. При мелких полипах (диаметром 2–3 мм) один биопсийный фрагмент брали из центра полипа, второй – из прилежащей слизистой оболочки желудка. Каждый биоптат помещали во флакон с 10% раствором формалина. Все полипы, подвергшиеся морфологическому исследованию, до проведения полипэктомии и взятия биопсии были сфотографированы. Кроме того, место их расположения отмечали в каждом протоколе на сагиттальной и фронтальной схемах желудка.

Для оценки морфофункциональных изменений слизистой оболочки желудка брали 4 биоптата: 2 образца слизистой оболочки антрального отдела желудка и 2 образца слизистой оболочки передней и задней стенок с/3 тела желудка.

Гистологические препараты окрашивали по методу Гимзы. Для оценки состояния слизистой оболочки желудка применяли унифицированную визуально-аналоговую шкалу морфологической оценки слизистой оболочки желудка. Оценивали степень воспалительной инфильтрации, степень активности воспаления, стадию атрофии, наличие и вид кишечной метаплазии по трехбалльной шкале.

Забор материала для цитологической диагностики хеликобактериоза осуществляли биопсийными щипцами из двух точек: из антрального отдела желудка в 2 см от привратника по большой кривизне и из с/3 тела желудка по малой кривизне. С каждого биопсийного фрагмента делали мазок-отпечаток на предметном стекле. Препараты окрашивали по методу Паппенгейма. Степень обсеменности *H. pylori* оценивали как слабую (+), умеренную (++) и сильную (+++). Результат считался положительным, если *H. pylori* были обнаружены хотя бы в одном из отделов желудка.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием таких критериев как корреляция (r_{xy}) и прогностическая ценность результатов теста. Корреляция показывает наличие и направленность связи между двумя процессами. Для определения степени корреляции признаков использовался персональный компьютер, программа Excel. Для установления достоверности различий применялся критерий Стьюдента. Различие считалось достоверным при $p < 0,05$ и соответствующей достоверной вероятности более 95%.

Результаты исследований и их обсуждение. При эндоскопическом исследовании полипы желудка обнаружены у 133 больных. По данным морфологического исследования, гиперпластические полипы диагностированы у 104 пациентов (76,0%), аденомы – у 20 (15,0%), полипы

Пейтца-Егерса – у (6,0%), фиброзные псевдополипы – у 2 (1,5%), кисты желез тела желудка – у 2 больных (1,5%).

Для выявления достоверных макроскопических признаков, отражающих морфологическую структуру полипа, была проведена статистическая обработка каждого визуального эндоскопического признака, заключающаяся в определении его корреляции с данными морфологического исследования. Статистической обработке подверглись только данные по аденомам и гиперпластическим полипам. Небольшое количество других морфологических разновидностей полипов не позволило сделать достоверных выводов.

При описании эндоскопической картины использовалась минимальная, стандартная терминология для эндоскопии пищеварительного тракта (З.Маржатка, 1996). Оценивали следующие характеристики полипов: локализацию, количество, размеры, форму, характер поверхности, цвет, наличие или отсутствие эрозий на вершине полипов.

Сопоставительный анализ преимущественной локализации полипов в зависимости от их морфологического типа показал, что гиперпластические полипы достоверно чаще локализовались в теле желудка ($p < 0,05$). Аденомы и полипы типа Пейтца-Егерса с примерно равной частотой определялись как в теле желудка, так и в антральном отделе. Кисты желез локализовались в теле желудка.

При изучении зависимости между количеством полипов и их морфологическим строением установлено, что гиперпластические полипы с равной вероятностью могут быть одиночными (26,3%), единичными (22,6%) и множественными (21,1%). Аденоматозные полипы были преимущественно одиночными (70,0%) ($p < 0,05$).

Размеры большинства гиперпластических полипов (92%) не превышали 1 см ($p < 0,01$). 40% аденом имели размеры более 1 см в диаметре.

Большинство гиперпластических полипов и аденом имели как розовую, так и красную окраску, что не соответствует данным литературы, где отмечается, что аденомы имеют преимущественно красный цвет.

Для всех морфологических типов полипов более характерна гладкая поверхность. Аденоматозные полипы с дольчатой поверхностью составили 30% всех аденом, хотя, согласно литературным данным, для аденоматозных полипов характерна неоднородная дольчатая поверхность.

Широкое основание имели 85% гиперпластических полипов и 75% аденом.

Эрозии на поверхности полипов обнаружены у 36% обследованных больных. Достоверной взаимосвязи между морфологическим типом полипа и эрозиями на его поверхности выявлено не было.

Таким образом, цвет, форма полипа, характер поверхности, величина основания, наличие эрозий на вершине полипа достоверно не позволяют отличить аденоматозный от гиперпластического полипа. Лишь наличие множественных, мелких, однотипных полипов в теле желудка достоверно свидетельствуют об их гиперпластическом характере. Все одиночные и единичные полипы, вне зависимости от макроскопических характеристик, подлежат гистологическому исследованию для уточнения их структуры.

По данным морфологического исследования биопсийного материала, полученного из слизистой оболочки желудка, у всех больных диагностирован тот или иной тип хронического гастрита.

У большинства пациентов (85%) при морфологическом исследовании биопсийного материала, полученного из слизистой оболочки желудка вне полипов, диагностирован атрофический пангастрит, у 5,2% – пангастрит с атрофией слизистой оболочки антрального отдела, у 9,8% больных – неатрофический пангастрит. Таким образом, у пациентов с полипами желудка достоверно чаще ($p < 0,01$) имел место атрофический пангастрит.

При сопоставительном изучении степени выраженности изменений слизистой оболочки желудка у пациентов с различными морфологическими

типами полипов установлено, что гиперпластические и аденоматозные полипы достоверно чаще развивались на фоне атрофического пангастрита (соответственно 90% и 60%) ($p < 0,01$). У 35% больных с аденоматозными полипами имел место неатрофический гастрит.

При изучении характера кислотопродукции у большинства больных с полипами выявлены гипо- и анацидность (87,2%) ($p < 0,01$), что согласуется с данными других авторов. Так, при внутрижелудочной, пристеночной рН-метрии получены следующие результаты: анацидность – у 100 больных (75,2%), гипоацидность – у 16 (12,0%), нормацидность – у 12 (9,0%), гиперацидность – у 5 пациентов (3,8%). Нами установлено, что чем ниже кислотопродукция, тем чаще полипы локализовались не в антральном отделе, а в теле желудка ($r = 0,26$; $p < 0,05$).

Изучение характера кислотопродукции в зависимости от макроскопических характеристик полипов установило корреляцию уровня кислотопродукции и возникновения эрозий на поверхности полипов ($r = 0,34$; $p < 0,05$); Таким образом, в развитии эрозий на поверхности полипов играют роль не только нарушения процессов регенерации, но и сохраненная кислотопродукция, что необходимо учитывать при лечении больных с полипами желудка.

При изучении кислотопродукции у больных с различными типами гастрита выявлено, что подавляющее большинство пациентов с атрофическим пангастритом имели анацидность (81,4%), либо гипацидность (12,4%). Однако в 8 случаях (7,1%) на фоне атрофического гастрита отмечалась нормальная или даже повышенная кислотопродукция. По всей вероятности это объясняется морфологической гипердиагностикой атрофии слизистой оболочки: при выраженном гастрите железы желудка могут быть раздвинуты клетками воспалительного инфильтрата, что создает впечатление о наличии атрофии (уменьшается количество желудочных желез в поле зрения). Вторая возможная причина гипердиагностики атрофического гастрита – мультифокальность атрофии. Биоптаты были взяты из участков с

атрофичной слизистой, однако большая часть слизистой оболочки еще сохраняла свое нормальное строение и функцию.

Таким образом, изучение кислотопродуцирующей функции желудка может внести определенную коррекцию в данные морфологического исследования.

Хеликобактериоз диагностирован у 42% обследованных пациентов. При этом была выявлена следующая закономерность: при анацидности *H. pylori* всегда обнаруживали в теле желудка, при сохраненной кислотопродукции – чаще в обоих отделах. Таким образом, при анацидности можно рекомендовать взятие биопсии для диагностики хеликобактериоза только из тела желудка.

Хеликобактериоз был выявлен у 42,5% пациентов с гиперпластическими полипами и у 53,8% больных с аденомами. Никаких значимых корреляций между хеликобактериозом, морфологическим типом полипов и их макроскопической картиной не было выявлено.

При изучении зависимости между типом гастрита и наличием или отсутствием инфекции *H. pylori* также никаких закономерностей выявлено не было. Однако, при обработке данных по сравнительной оценке кислотопродукции и наличию хеликобактериоза выявлена связь между уровнем кислотопродукции и хеликобактериозом ($r=0,29$ $p<0,05$): чем выше кислотопродукция, тем чаще выявлялся *H. pylori*.

Кишечная метаплазия среди больных с гиперпластическими полипами (101 больной) выявлена у 30 пациентов (29,7%), среди больных с аденомами (20 пациентов) – у 2 человек (10%), при этом у 5 пациентов (у 4 с гиперпластическими полипами и у 1 – с аденомой) была неполная (толстокишечная) метаплазия, относящаяся к предраку.

Основной интерес к полипам связан с их возможной малигнизацией. Общеизвестно, что малигнизации подвергаются только аденомы. Литературные данные о высоком индексе малигнизации аденом варьируют от 6 до 47% (N.Ljubicic et al., 1999; E.Giulio et al., 2005). Однако источником

ракового роста у больных с полипами может служить не только сам полип, но и слизистая оболочка желудка вне зоны роста полипов. В нашем исследовании из 133 больных с полипами желудка у 3 пациентов выявлена очаговая малигнизация аденом (15% от общего количества аденом). Очаговая малигнизация слизистой оболочки желудка диагностирована в процессе динамического наблюдения у 4-х больных с гиперпластическими полипами желудка, что составило 5% от общего количества пациентов с гиперпластическими полипами. Это почти в 100 раз превышает заболеваемость раком желудка в общей популяции и подчеркивает необходимость постоянного динамического наблюдения больных с полипами желудка.

При сравнительном изучении данных морфологического исследования биопсийного материала и удаленных полипов совпадение диагнозов отмечено только в 59,1% случаев, что доказывает необходимость обязательного морфологического исследования удаленных полипов, даже при наличии предварительных результатов исследования биопсийного материала, полученного из полипов.

Тактика лечения больных с полипами желудка до настоящего времени окончательно не разработана. В литературе продолжают обсуждаться вопросы о показаниях к электроэксцизии полипов, методах её выполнения, сроках динамического наблюдения. Крайне скудно освещены проблемы консервативной терапии, направленной на этиопатогенетические аспекты лечения полипозной болезни. Полученные нами результаты комплексного обследования больных с полипами желудка и их эндоскопического лечения позволяют считать, что эксцизию полипов следует выполнять только в тех случаях, когда имеются к ней показания.

В зависимости от гистологического строения полипа, его размеров, формы и величины ножки нами применялись различные способы полипэктомии. Основным способом удаления полипов являлась электроэксцизия, которая выполнялась как одномоментным (102 пациента),

так и двухмоментным способом (3 пациента). В показанных случаях применялись электрокоагуляция (24 больных) и инструментальное удаление полипа (2 пациента). У 4 больных мы отмечали кровотечение, которое было остановлено комбинированным эндоскопическим способом. Осложнений полипэктомии, потребовавших оперативного лечения, не было.

У 18 пациентов с множественными, мелкими, гиперпластическими полипами тела желудка, которым не выполняли полипэктомию, проводилось динамическое наблюдение.

Консервативная терапия у больных с полипами желудка заключалась в эрадикации *H. pylori*, фитотерапии и антисекреторной терапии.

Эрадикация *H. pylori*, согласно рекомендации «Консенсус Маастрихт 3», включала: ингибитор протонной помпы (ИПП) в стандартной дозировке (париет по 20 мг 2 раза в день), кларитромицин по 500 мг 2 раза в день, амоксициллин по 1000 мг 2 раза в день.

У больных с анацидностью ИПП из схемы эрадикационной терапии был исключен. Всем пациентам с сохраненной кислотопродукцией и гипоацидностью эрадикацию проводили согласно схеме. Продолжительность лечения составила 10 дней.

В нашей работе всем больным с полипами желудка и сниженной кислотопродукцией (116 пациентов) назначался фитосбор подорожника и тысячелистника. В экспериментальном изучении влияния фитосбора из листьев подорожника большого и тысячелистника обыкновенного на секреторную активность желудка было доказано, что сбор не только повышает секрецию соляной кислоты, но и увеличивает защитные свойства желудочной слизи (Вымятина З.К., 2005).

Полученные предварительные данные по результатам консервативной терапии у больных с полипами желудка являются обнадеживающими. Все это позволяет развивать этот простой и безопасный способ лечения.

В заключение следует отметить, что эндоскопическая полипэктомия является высокоэффективным, безопасным, органосохраняющим методом

лечения больных с полипами желудка, по радикальности не уступающим хирургическому лечению. Все больные с полипами и после полипэктомии должны находиться на динамическом эндоскопическом наблюдении в течение всей жизни.

Результаты комплексного обследования и лечения больных с полипами желудка позволили сформулировать основные принципы диагностики и лечения пациентов с данной патологией.

Диагностические мероприятия у больных с полипами желудка включают:

- Эзофагогастродуоденоскопию.
- Пристеночную эндоскопическую рН-метрию.
- Диагностику хеликобактериоза.
- Морфологическое исследование слизистой оболочки желудка.

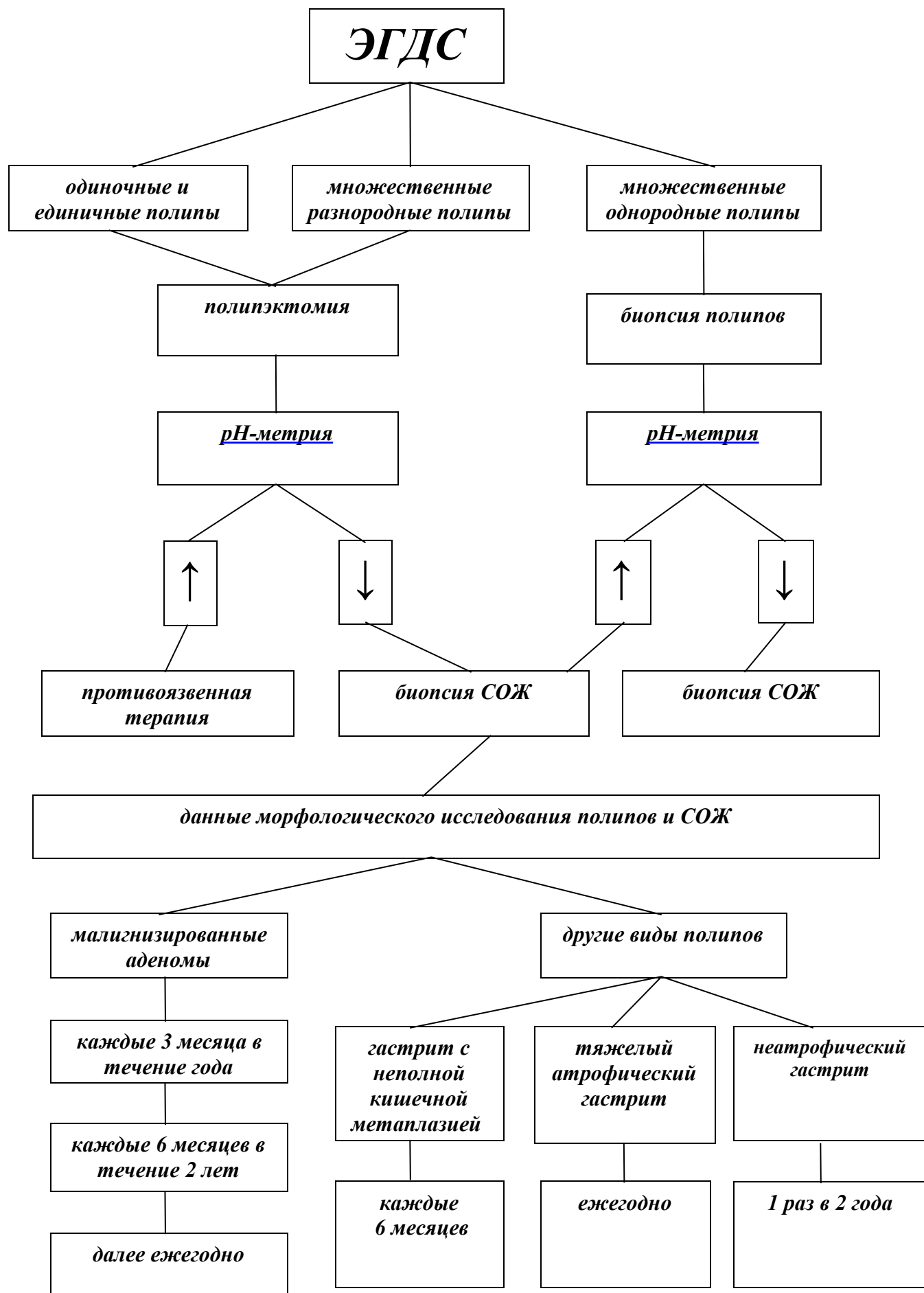
Биопсию из полипов следует брать только в тех случаях, когда полипы не подлежат эндоскопическому удалению или макроскопическая картина не позволяет провести дифференциальный диагноз с эпителиальными и неэпителиальными доброкачественными и злокачественными образованиями.

Показаниями к эндоскопической полипэктомии служат:

- Все одиночные и единичные полипы.
- Все полипы более 0,5 см в диаметре.
- Осложненные полипы.
- Полипы, визуально отличающиеся от множественных, мелких полипов, независимо от их размеров.

В результате обобщения полученных данных разработан лечебный алгоритм, представленный на рисунке. Использование предложенного алгоритма позволяет оптимизировать тактику ведения больных с полипами желудка, что будет способствовать сокращению сроков и улучшению результатов их лечения.

Алгоритм лечения больных с полипами желудка



ВЫВОДЫ

1. Макроскопическая характеристика полипа достоверно не отражает его морфологическое строение.
2. Гиперпластические полипы достоверно чаще развиваются на фоне атрофического анацидного пангастрита и локализуются преимущественно в теле желудка ($p < 0,01$).
3. Частота возникновения аденоматозных полипов достоверно не связана с характером гастрита и уровнем кислотопродукции. Преимущественной локализации аденоматозных полипов по отделам желудка не выявлено.
4. Уровень кислотопродукции достоверно отражает тяжесть гастритических изменений слизистой оболочки желудка. Толстокишечная метаплазия возникает только на фоне анацидности.
5. *H. pylori* выявлен у 42% больных с полипами желудка. Частота обнаружения *H. pylori* достоверно выше у больных с сохраненной кислотопродукцией. Закономерности между типом гастрита и наличием или отсутствием *H. pylori* не обнаружено.
6. Разработан алгоритм лечения больных с полипами желудка.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Биопсию из полипа следует брать только в тех случаях, когда он не подлежит эндоскопическому удалению: при множественных не осложненных, мелких, однотипных полипах и при подозрении на малигнизацию полипа.

Всем пациентам с полипами и анацидным гастритом необходимо брать биопсию из слизистой оболочки желудка.

При обнаружении *H. pylori* у больных с полипами желудка обязательно проводится его эрадикация.

После полипэктомии больным с нормо- и гиперацидностью следует назначать антисекреторные и обволакивающие препараты; больным с анацидным атрофическим пангастритом необходимо проводить терапию, направленную на коррекцию кислотопродуцирующей функции желудка.

Больные, у которых были удалены малигнизированные аденомы в пределах здоровых тканей, нуждаются в динамическом наблюдении каждые 3 месяца в течение первого года, каждые 6 месяцев в течение второго года, далее ежегодно.

Больным с другими типами полипов при наличии гастрита с неполной кишечной метаплазией осмотр следует выполнять каждые 6 месяцев, при тяжелом атрофическом гастрите или гастрите с полной кишечной метаплазией – ежегодно, при неатрофическом гастрите без метаплазии эпителия осмотр выполняется один раз в 2 года.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Сотников В.Н., Сотников А.В., Дубинская Т.К., Маргарян Л.А. Резидуальные полипы желудка// Российские медицинские вести. 2005. №4. С.42 – 45.
2. Сотников В.Н., Сотников А.В., Агейкина Н.В., Дубинская Т.К., Маргарян Л.А. Полипоз желудка: эндоскопическое лечение или динамическое наблюдение// Хирургия. 2007. №1. С.38 – 42.
3. Волова А.В., Дубинская Т.К., Никишина Е.И., Маргарян Л.А. Хронический гастрит: возможности эндоскопической диагностики// Сборник тезисов 12-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. М., 23 – 25 апреля 2008. С.99.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРИНЯТЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ВОПТ – верхние отделы пищеварительного тракта

ИПП – ингибитор протонной помпы

СО – слизистая оболочка

СОЖ – слизистая оболочка желудка

ХГ – хронический гастрит

ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия

H. pylori – *Helicobacter pylori*

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

www.gastroscan.ru/literature/