

На правах рукописи

Есенин

Дмитрий Юрьевич

**Изучение отдаленных результатов эндоскопического
лечения резидуальных полипов**

14.01.17 – хирургия

А в т о р е ф е р а т

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2011

**РАБОТА ВЫПОЛНЕНА В ГБОУ ДПО «РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ**

Научный руководитель доктор медицинских наук, профессор
Сотников Вениамин Николаевич

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Васильев Иван Тихонович

доктор медицинских наук
Пинчук Татьяна Павловна

Ведущая организация Российский научный центр хирургии
им. Академика Б.В. Петровского РАМН

Защита состоится: «17» ноября 2011 года в 10 часов на заседании
Диссертационного совета Д.208.071.05 при ГБОУ ДПО «Российская
медицинская академия последипломного образования» Минздравсоцразвития
России, по адресу: 123995, г. Москва, ул. Баррикадная д.2/1.

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

Автореферат разослан: « 14 » октября 2011 г.

Ученый секретарь Диссертационного совета Низовцова Л.А

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность работы.

Эндоскопическое исследование – основной метод диагностики заболеваний желудка, в том числе полипов. По данным литературы частота обнаружения полипов желудка при эндоскопическом исследовании составляет 0,6% – 8,7% случаев (Borch K. et al., 2003; G. Oberhuber et al., 2000; E. Giulio et al., 2005; D.J. Morais et al., 2007). До настоящего времени нет единого мнения о том, что именно следует понимать под термином «полип». В переводе с греческого (polypus: poly – много, pus - нога) отражены основные особенности опухоли - множественность и наличие ножки, независимо от микроскопического строения. Следовательно, полип – термин макроскопический, и то, что представляет собой образование на самом деле, по мнению ряда авторов можно установить лишь после гистологического исследования (Сотников В.Н., 2002; Чернеховская Н.Е. и соавт., 2009; Sivak M.V., 2000).

Прогностическая значимость отдельных макроскопических признаков, позволяющих предположить морфологическую структуру полипа во время эзофагогастродуоденоскопии и, соответственно, дальнейшие действия врача, изучена недостаточно.

Согласно номенклатуре OMED («Organization Mondiale d'Endoscopie Digestive» - Всемирной организации эндоскопии пищеварительного тракта, Зденек Маржатка) полипом называют «выступающее поражение (протрузия) слизистой оболочки на ножке или на широком, отчетливо ограниченном основании» (Третье издание, переработанное и дополненное, на русском языке под редакцией Е.Д.Федорова., NORMED Verl., 1996).

Несмотря на большое количество публикаций, посвященных полипам желудка, ряд аспектов этой патологии остается недостаточно изученным. В частности, это касается случаев упорного повторного роста полипа на месте его первичного удаления. Данные литературы по этому вопросу крайне скудны и

противоречивы (Соколов А.А., 1984; Сотников В.Н., 1997; Вышегуров Х.Х 1997; Никишина Е.И., 2000). До настоящего времени не отработана терминология, касающаяся повторно растущих полипов, не выделен морфологический тип этого особого вида полипов. Термин «рецидив полипа» употребляется в случае повторного роста полипа в первые пять лет после его удаления. По мнению профессора В.Н. Сотникова (1996) рост полипа в ранние сроки (в первые три месяца) после электроэксцизии вызван его неполным удалением. Предпосылкой к этому могут служить особенности анатомического расположения полипа, что мешает полному захвату его петлей. Остаточная ткань (residue) и дает повторный рост полипа, который предложено называть резидуальным. Однако есть мнение, что рост полипа обусловлен травматическим повреждением слизистой оболочки, поэтому данный тип полипа называют воспалительным (S.C. Abraham et al., 2001; K.Borch et al., 2003).

На сегодняшний день полипэктомия является основным способом лечения пациентов с полипами желудка.

Разработаны различные методы эндоскопической электроэксцизии, способствующие полному удалению полипа.

Установлено, что частота малигнизации полипов желудка определяется их морфологическим строением, следовательно, возможен дифференцированный подход к лечению пациентов с полипами различного морфологического типа. Частота злокачественного перерождения аденом желудка по данным разных авторов составляет от 6 до 75% всех случаев (Mijic A, et al.1998; Marcello P.W.1996; Nowak M, et al. 1998), а частота злокачественного перерождения гиперпластических полипов составляет лишь 3,2 – 13,8% (Волкун С.И. 1998; Petrelli NJ, et al. 1996; Утков А.А., 1992). Тактика ведения пациентов предполагает: выполнение по показаниям хирургического вмешательства или эндоскопической полипэктомии, или динамическое наблюдение за пациентами. (Атиф эль Айать М. К. 1971; Беленко Е.С 2005; Б.Блок и соавт., 2007).

Изучение отдаленных результатов эндоскопического лечения резидуальных полипов до настоящего времени не проводилось. В литературе информация по данному вопросу отсутствует. Все это определяет необходимость дальнейшего изучения данной проблемы.

Цель исследования

Повысить эффективность лечения пациентов с резидуальными полипами желудка на основе изучения отдаленных результатов лечения.

Задачи исследования

1. Изучить частоту возникновения резидуальных полипов после эндоскопической полипэктомии.
2. Изучить макроскопические и морфологические особенности резидуальных полипов желудка.
3. Изучить морфофункциональные особенности слизистой оболочки желудка и инфицированность *H. pylori* у пациентов с резидуальными полипами.
4. Проанализировать отдаленные результаты различных способов лечения резидуальных полипов.
5. Разработать алгоритм тактики ведения пациентов с резидуальными полипами.

Научная новизна полученных результатов

Работа является ретроспективным исследованием, в котором на основании большого клинического материала дана оценка эффективности эндоскопического лечения резидуальных полипов желудка.

Изучены макроскопические и морфологические особенности резидуальных полипов желудка, отдаленные результаты различных методов удаления, а также возможность динамического наблюдения и консервативного лечения.

Выявлены эндоскопические признаки, позволяющие провести дифференциальный диагноз между резидуальными и вновь образованными полипами. На основании анализа и сравнения результатов различных методов

эндоскопического удаления резидуальных полипов разработан алгоритм ведения пациентов с данной патологией.

Практическая значимость полученных результатов

Полученные результаты позволяют повысить информативность эндоскопической диагностики резидуальных полипов желудка, оптимизировать тактику ведения и улучшить результаты лечения пациентов с данной патологией.

Основные положения, выносимые на защиту

- Резидуальные полипы достоверно чаще развиваются на фоне атрофического гипо- и анацидного пангастрита и локализуются только в антральном отделе желудка.

- Резидуальные полипы имеют характерные макроскопические и морфологические особенности, позволяющие отличать их от первично растущих полипов.

- Эндоскопическая полипэктомия малоэффективна в лечении резидуальных полипов. Динамическое наблюдение и консервативная терапия являются оптимальной тактикой ведения пациентов с неосложненными резидуальными полипами.

Связь с планом научной работы ГБОУ ДПО «РМАПО» Минздравсоцразвития России.

Диссертационная работа выполнена в соответствии с отраслевой научно-исследовательской программой «Последипломное образование медицинских кадров 2006 - 2009 г.г.», выполняемой на кафедре эндоскопии ГБОУ ДПО «РМАПО» Минздравсоцразвития России.

Личный вклад соискателя

Автор выполнял диагностические эзофагогастродуоденоскопии с прицельными биопсиями для цитологического и морфологического исследований биопсийного материала, эндоскопическую внутрижелудочную рН-метрию, анализ и статистическую обработку полученных данных. Автор

также выполнил эндоскопическую полипэктомию у 63 % исследованных пациентов.

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования внедрены в клиническую практику эндоскопического и хирургических отделений больницы им. С.П. Боткина.

Материалы проведенного исследования включены в программу лекций и практических занятий для специалистов, проходящих курсы профессиональной переподготовки и повышения квалификации на кафедре эндоскопии ГБОУ ДПО «РМАПО» Минздравсоцразвития России.

Апробация работы

Апробация работы прошла на совместной конференции кафедры эндоскопии ГБОУ ДПО «РМАПО» Минздравсоцразвития России, врачей эндоскопического отделения ГКБ им. С.П. Боткина и слушателей цикла ОУ «Эндоскопия» 26 апреля 2011 года.

Публикации

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

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 104 страницах машинописного текста, состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Диссертация иллюстрирована 10 таблицами, 42 рисунками и 9 диаграммами. Библиографический указатель содержит ссылки на 165 источника, в том числе 80 отечественных и 85 иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Изучение эффективности лечения резидуальных полипов желудка проводилось на группе из 70 пациентов, наблюдавшихся в отделении эндоскопии ГКБ им. С.П. Боткина – клинической базе кафедры эндоскопии ГБОУ ДПО «РМАПО» Минздравсоцразвития России в период с сентября 2006 г. по октябрь 2009 г.

Распределение пациентов с полипами желудка по полу и возрасту

представлено в таблице 1.

Таблица 1

**Распределение пациентов с резидуальными полипами по полу
возрасту**

Возраст, годы	Пол		Всего абс. (%)
	Мужчины (%)	Женщины (%)	
31-50	3 (4,29%)	3 (4,29%)	6 (8,58%)
51-70	16 (22,88%)	26 (37,18%)	42 (60,06%)
> 71	5 (7,15%)	17 (24,31%)	22 (31,46%)
Всего	24 (34,32%)	46 (65,78%)	70 (100%)

Данные таблицы 1 наглядно показывают, что среди обследованных пациентов количество женщин в два раза превышает количество мужчин. Наибольшее число пациентов с резидуальными полипами желудка (60,06%) составили лица в возрасте от 51 до 70 лет.

Жалобы, предъявляемые пациентами с полипами желудка, представлены в таблице 2.

Таблица 2

Жалобы пациентов с резидуальными полипами

Жалобы	Количество пациентов (%)
Чувство тяжести и переполнения в области желудка	31 (44,28%)
Снижение аппетита	9 (12,86%)
Боль в верхней половине живота	10 (14,28%)
Отрыжка	9 (12,86%)
Тошнота	7 (10%)
Отсутствие жалоб	4 (5,71%)
Всего	70 (100%)

Как видно из таблицы 2, наиболее часто пациенты с полипами жаловались на чувство тяжести и переполнения в желудке (44,28%). Второй по частоте являлась жалоба на боли в верхней половине живота (14,28%). Жалобы отсутствовали только у 5,71% пациентов. Таким образом, у подавляющего большинства пациентов с полипами желудка (94,29%) отмечались клинические проявления, позволяющие предположить у них заболевание желудка, что являлось показанием к выполнению ЭГДС.

В результате проведенного клинического и инструментального обследования почти у всех пациентов было выявлено от одной до нескольких сопутствующих патологий. Данные представлены в таблице 3.

Таблица 3

Сопутствующие патологии у пациентов с полипами желудка

Патология	Количество пациентов
Хронический гастрит	70 (100%)
Аксиальная хиатальная грыжа	46 (65,71%)
Косвенные признаки заболевания ПБС*	20 (28,57%)
Язвенная болезнь желудка	2 (2,86%)
Язвенная болезнь ДПК	1 (1,43%)
ВРВП**	1 (1,43%)

*ПБС – панкреато-билиарная система

**ВРВП – варикозное расширение вен пищевода

Данные таблицы 3 показывают, что у всех пациентов с резидуальными полипами желудка выявлен хронический гастрит. Аксиальная хиатальная грыжа диагностирована у 65,71% пациентов. Достаточно часто у пациентов с полипами желудка выявляются косвенные признаки заболевания панкреато-билиарной системы (28,57%).

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».

Эндоскопическая топографическая пристеночная рН-метрия выполнялась с помощью рН-метрических зондов и ацидогастрометра микропроцессорного «АГМ-03». 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. 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. Каждый биоптат помещали во флакон с 10% раствором формалина. Все полипы, подвергшиеся морфологическому исследованию, до проведения полипэктомии и взятия биопсии были сфотографированы. Кроме того, их локализацию 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 по большой и малой кривизне 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 хеликобактерной инфекции 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 выраженную (+++). Результат считался положительным, если бактерии были обнаружены хотя бы в одном из отделов желудка.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием таких критериев как корреляция (rxy) и прогностическая ценность результатов теста. 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.

Повторный рост полипа на месте его первичной локализации в ранние сроки после полипэктомии был выявлен только в антральном отделе желудка. Большая часть резидуальных полипов в антральном отделе локализовалась на передней стенке (40%), каких-либо достоверных корреляций между возможностью повторного роста полипа и местом его расположения в антральном отделе не выявлено.

При сравнительном изучении макроскопических характеристик первично удаленных и резидуальных полипов было выявлено, что резидуальные полипы имеют характерные признаки, позволяющие уже по визуальной оценке диагностировать повторно растущий полип. Отличительными макроскопическими характеристиками резидуального полипа являются:

- крупный размер. Средний размер резидуального полипа составил 1,8 см, тогда как первично удаленного 0,7 см.

- ярко-красный цвет, с белесоватыми включениями (77,1%). Первичные полипы были преимущественно красного цвета (82,6%).

- бугристая поверхность встречается в 54,3% случаев среди резидуальных полипов. Первичные полипы в подавляющем большинстве случаев (97,2%) гладкие, что статистически достоверно.

- конвергенция складок к основанию полипа, что ведет к деформации антрального отдела желудка. Деформация антрального отдела желудка у пациентов с резидуальными полипами выявлена в 44,2%. Выявлена прямая зависимость между количеством выполненных полипэктомий и степенью деформации.

Первичные и резидуальные полипы имеют преимущественно широкое

основание (73,4% и 92,9% соответственно).

Изучение такого макроскопического признака, как наличие эрозий на поверхности полипов, показало, что большинство резидуальных полипов (75,7%) в отличие от первичных (18,6%) имеют изъязвление.

Все полипы вне зависимости от их макроскопических характеристик подверглись гистологическому исследованию для уточнения структуры полипа. При сравнительном анализе первично удаленных и резидуальных полипов были выявлены следующие микроскопические особенности.

В первично удаленном полипе обращает на себя внимание: равномерно выраженная гиперплазия покровно-ямочного эпителия (фовеолярная гиперплазия), равномерное распределение фиброваскулярной стромы, малое количество кистозно-расширенных желез, редкая встречаемость диспластических изменений эпителия, а также кишечной метаплазии полной и неполной.

В резидуальном полипе отмечены: формирование фиброэпителиальных сосочков с неравномерно выраженным ангиоматозом, большое количество кистозно-расширенных желез, образование в основании отдельных полипов подобия фиброзного ядра, отдающего соединительнотканые тяжи вплоть до стромальной основы новообразованных сосочков, уменьшение плотности железистых структур, перигландулярный фиброз.

Несмотря на указанные микроскопические особенности, резидуальный полип укладывается в диагностическую характеристику гиперплазиогенного полипа. Наиболее характерными его отличиями от первично удаленного полипа является выраженный фиброз и кистозное расширение желёз.

По данным ЭУС в зоне резидуального полипа было выявлено, что во всех случаях структура стенки желудка изменена за счет наличия утолщенных слизистого и подслизистого слоев. Эти данные и особенности гистологической структуры полипа позволяют предположить участие в его формировании не только слизистого, но и подслизистого слоев.

Морфологическое исследование биоптатов из слизистой оболочки

желудка у пациентов с резидуальными полипами показало, что слизистая оболочка во всех случаях имела гастритические изменения. В большинстве случаев (84,3%) диагностирован атрофический пангастрит.

Хеликобактерная инфекция была выявлена у 10% пациентов.

При изучении кислотопродукции у пациентов с различными типами гастрита выявлено, что подавляющее большинство пациентов с атрофическим пангастритом имеют анацидность (58,6%), либо гипоацидность (27,0%). Однако на фоне атрофического гастрита у части пациентов отмечалась нормальная (11,4%) или даже повышенная (2,9%) кислотопродукция.

Отдаленные результаты лечения пациентов с резидуальными полипами желудка.

Лечебные мероприятия, проводившиеся пациентам с резидуальными полипами, включали:

- полипэктомию, выполненную различными способами и в разные сроки;
- эрадикационную терапию при подтвержденном хеликобактериозе;
- фитотерапию и заместительную терапию всем пациентам со сниженной кислотопродукцией.

Технические особенности полипэктомии при электроэксцизии резидуальных полипов включают в себя следующие основные моменты:

- для предотвращения соскальзывания петли с основания полипа при её затягивании вначале включается режим коагуляции, что способствует «привариванию» петли к слизистой оболочке и её фиксации на уровне основания полипа;

- при наличии остаточной ткани полипа в краях дефекта размерами более 0,2 см, производится их дополнительное отсечение петлёй;

- при наличии остаточной ткани полипа в краях дефекта менее 0,2 см, она коагулируется с помощью электрокоагулятора или аргоноплазменной установкой.

После полипэктомии все пациенты находились под динамическим наблюдением. Повторные осмотры проводились через 3, 6, 12 и 24 месяцев.

Для оценки эффективности различных методов удаления резидуальных полипов был проведен анализ отдаленных результатов в зависимости от способа лечения. Всего было произведено 272 удаления резидуальных полипов желудка. Среднее количество удалений резидуальных полипов у одного пациента составило 3,8 раза. Первую группу составили пациенты, которым была выполнена электроэксцизия в изолированном варианте - 196 удалений. Во вторую группу вошли пациенты, которым была выполнена электроэксцизия с электрокоагуляцией - 42 удаления. Третью группу составили пациенты, которым электроэксцизия дополнялась аргоно-плазменной коагуляцией 34 удаления.

Таблица 4

Результаты эндоскопического лечения пациентов с резидуальными полипами.

Способы полипэктомий	Повторный рост полипа		Всего
	есть	нет	
Электроэксцизия	193(98,5%)	3 (1,5%)	196(100%)
Электроэксцизия с электрокоагуляцией	41 (97,6%)	1 (2,4%)	42(100%)
Электроэксцизия с аргоно-плазменной коагуляцией	33 (97%)	1 (3%)	34(100%)

Как видно из представленной таблицы способ полипэктомии не влияет на результаты лечения.

При динамическом наблюдении повторный рост резидуальных полипов наблюдался у 65 пациентов (92,8%).

Таким образом, несмотря на применение дополнительных методов эндоскопического лечения, способствующих более полному удалению

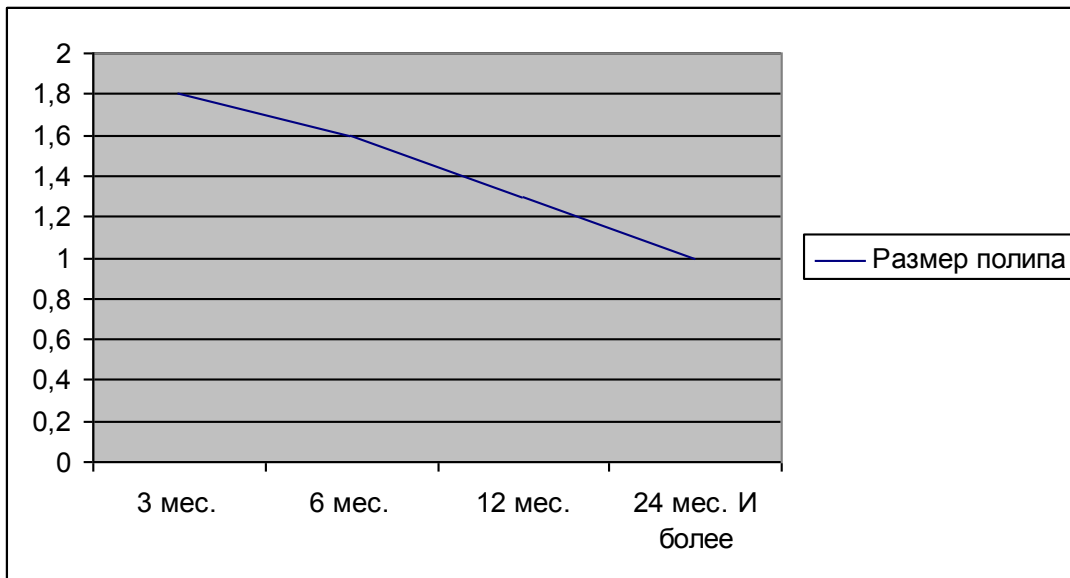
резидуальных полипов, уже в первые 3 месяца после проведения эндоскопической электроэксцизии наблюдается повторный рост полипов.

Динамика изменения макроскопических признаков резидуальных полипов в зависимости от сроков наблюдения.

Для изучения динамики макроскопических изменений резидуальных полипов был проведен сравнительный анализ размера и цвета полипов в различные сроки наблюдения от 3-х месяцев до 2-х лет.

Диаграмма 1

Изменение размера резидуальных полипов в зависимости от срока наблюдения.



Из диаграммы 1 видно, что максимальный размер резидуальные полипы имеют в сроки от 3-х до 6-ти месяцев. С течением времени размер полипов уменьшается.

Изменение цвета полипов в сроки наблюдения от 3-х месяцев до 2-х лет представлены на диаграмме 2.

Диаграмма 2

Изменение цвета резидуальных полипов в зависимости от срока наблюдения.

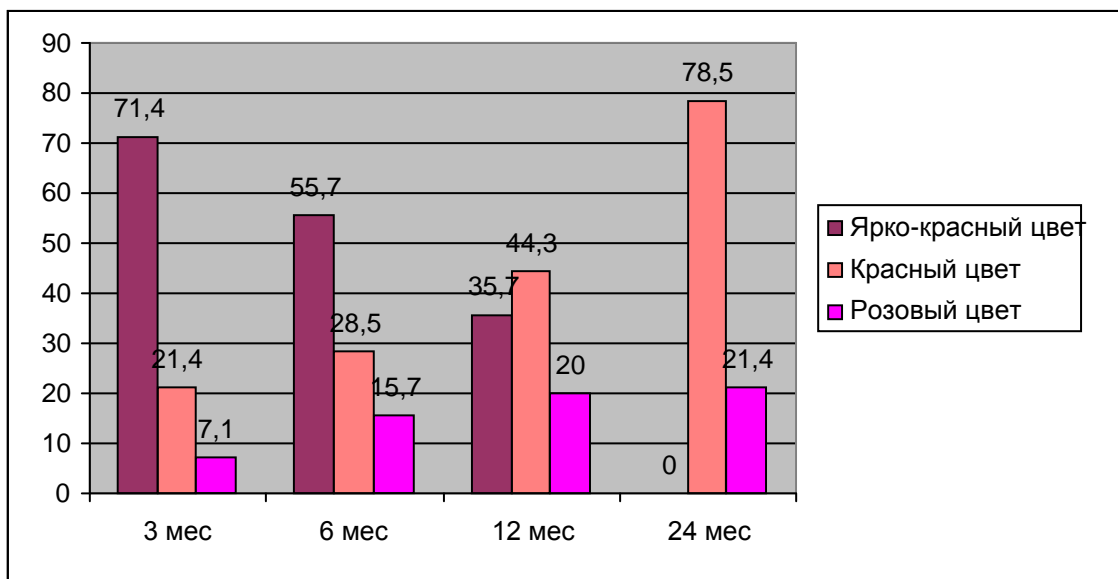


Диаграмма 2 показывает, что со временем резидуальные полипы меняют свою окраску, становятся менее пёстрыми (ярко-красные с белесоватыми включениями).

Для выявления характера патологических изменений в зависимости от количества полипэктомий, все пациенты с резидуальными полипами были разделены на три группы.

Таблица 5

Влияние количества полипэктомий на деформацию просвета антрального отдела желудка.

Количество полипэктомий	Деформация просвета			Всего
	Конверг. складок	Умеренная деформация	Выраженная деформация	
1-3	38 (54,3%)	3 (4,3%)	-	41 (58,6 %)
4-6	1 (1,4%)	4 (5,7%)	8 (11,4%)	13 (18,5%)
7 и более	-	2 (2,8%)	14 (20,0%)	16 (22,8%)
Всего	39 (55,7%)	9 (12,8%)	22 (31,4%)	70 (100%)

Как видно из представленной таблицы, имеется корреляция между количеством полипэктомий и нарастанием деформации просвета желудка, чем больше выполняется полипэктомий, тем чаще встречается деформация антрального отдела желудка ($p < 0,01$).

Проанализировано изменение размера резидуальных полипов в зависимости от количества полипэктомий. Учитывался размер полипа через 6 месяцев после последней полипэктомии. Данные представлены в таблице 6.

Таблица 6

Динамика изменения размера резидуальных полипов в зависимости от количества полипэктомий.

Количество полипэктомий	Размер полипов, см				Всего
	До 0,5 см	От 0,5-1,0	От 1,0-2,0	Более 2,0	
1-3	5 (7,2%)	20 (28,6%)	16 (22,9%)	—	41 (58,6%)
4-6	—	2 (2,8%)	9 (12,9%)	2 (2,8%)	13 (18,6%)
7 и более	—	2 (2,8%)	12 (17,1%)	2 (2,8%)	16 (22,8%)
Всего	5 (7,2%)	24 (34,3%)	37 (52,8 %)	4 (5,7%)	70 (100%)

Из представленной таблицы видно, что чем чаще удалялись резидуальные полипы, тем больше в размере становились вновь образованные.

Особенности морфологического строения резидуальных полипов, удаленных в разные сроки наблюдения.

При морфологическом исследовании все резидуальные полипы, удаленные в разные сроки, укладываются в диагностическую характеристику гиперпластических полипов. Резидуальные полипы состоят из большого числа желез пилорического типа, тесно примыкающих друг к другу. Железы имеют различный диаметр и беспорядочно расположены в массе полипа. Прослойки соединительной ткани между железами очень тонкие, тело полипа разделено на дольки иногда довольно массивными мышечными пучками.

Ни в одном случае при повторном росте полипа не было выявлено его

малигнизации или роста истинной опухоли (аденомы).

При сравнении морфологической картины полипов, удаленных в ранние сроки после последней полипэктомии (3-6 мес.), и полипов удаленных в более поздние сроки (1-2 года), были выявлены определенные отличия. Для полипов, удаленных в ранние сроки, характерна острая и подострая воспалительная инфильтрация стромы. Для полипов, удаленных в более поздние сроки, характерны крупные неправильной формы железы и кисты, неглубокие ямки, прямые, изредка штопорообразные, ветвление выражено незначительно, покровный эпителий умеренно гиперплазирован.

В резидуальных полипах, удаленных через 2 года, ножка сформирована плотной, фиброзной соединительной тканью. Также эти полипы характеризуются отсутствием выраженного атипизма строения железистых элементов, с малым количеством желез, с сохранением фиброзной ткани и меньшим воспалением в строме. С увеличением числа удалений одного и того же резидуального полипа увеличивалось и количество фиброзной ткани.

Результаты комплексной консервативной терапии пациентов с резидуальными полипами желудка.

Как показали наши исследования, у всех 70 пациентов с полипами желудка имеются гастритические изменения, сопровождающиеся снижением его секреторной активности, что свидетельствует о глубоких морфофункциональных расстройствах у пациентов данной категории.

Всем пациентам с подтвержденной хеликобактерной инфекцией проводился курс эрадикационной терапии. Продолжительность лечения составляла 10 дней.

Пациентам с подтвержденной анацидностью ИПП из схемы эрадикационной терапии был исключен. Вместо ИПП эти пациенты получали висмута субцитрат по 120 мг 4 раза в день за 30 минут до еды.

Всем пациентам с полипами желудка и сниженной кислотопродукцией назначался фитосбор подорожника большого и тысячелистника обыкновенного. Заместительная терапия включала в себя назначение препаратов соляной

кислоты и ферментов желудочного сока.

После 3-х курсов лечения проводилось контрольное эндоскопическое исследование с рН-метрией и забором биоптатов из антрального отдела и тела желудка по малой кривизне для морфологического исследования.

При контрольном осмотре было установлено, что не все пациенты прошли курс назначенной терапии, а только 26 человек из 70.

Таблица 7

Динамика эндоскопических признаков после курса консервативной терапии.

Эндоскопические признаки	Уменьшение	Увеличение	Без изменений	Всего
Количество мутного, вязкого содержимого	8 (31%)	–	18 (69%)	26 (100%)
Гиперемия СОЖ	5 (19%)	–	21 (81%)	26 (100%)
Размеры полипов	19 (73%)	–	7(27%)	26 (100%)

Данные таблицы 7 наглядно показывают наличие устойчивой тенденции к уменьшению размеров полипов, что наблюдалось у большинства пациентов, прошедших комплексную терапию (73%). Вместе с тем, визуальные признаки гастрита уменьшились более чем у трети пациентов (31%), а гиперемия слизистой оболочки желудка у 5 пациентов (19%).

Таблица 8

Характер кислотопродукции у пациентов, получавших консервативную терапию.

Кислотность	До лечения	После лечения
Гипоацидность	8 (31 %)	5 (19%)
Анацидность	18 (69%)	18 (69%)
Нормаацидность	-	3 (12%)
Всего	26 (100%)	26 (100%)

Данные таблицы 8 показывают, что у 3 пациентов с гипоацидностью кислотопродуцирующая функция желудка восстановилась. При анацидности положительной динамики не отмечалось. Таким образом гипоацидность

свидетельствует о том, что «точка возврата» ещё не пройдена и адекватная консервативная терапия может привести к восстановлению кислотопродуцирующей функции желудка.

При контрольном цитологическом исследовании на инфицированность *Н. pylori* во всех случаях был получен отрицательный результат.

Таким образом, у пациентов с полипами желудка, прошедших курс эрадикационной терапии и фитотерапии, прослеживается четкая тенденция к улучшению состояния слизистой оболочки желудка и ее кислотопродуцирующей функции, а также уменьшение размеров полипов. Однако полной редукции удалось добиться только у 5 пациентов.

Следовательно, способ полипэктомии и дополнительные методы, способствующие полному удалению резидуальных полипов, не влияют на результаты лечения, в подавляющем большинстве случаев (92,8%) отмечается их повторный рост.

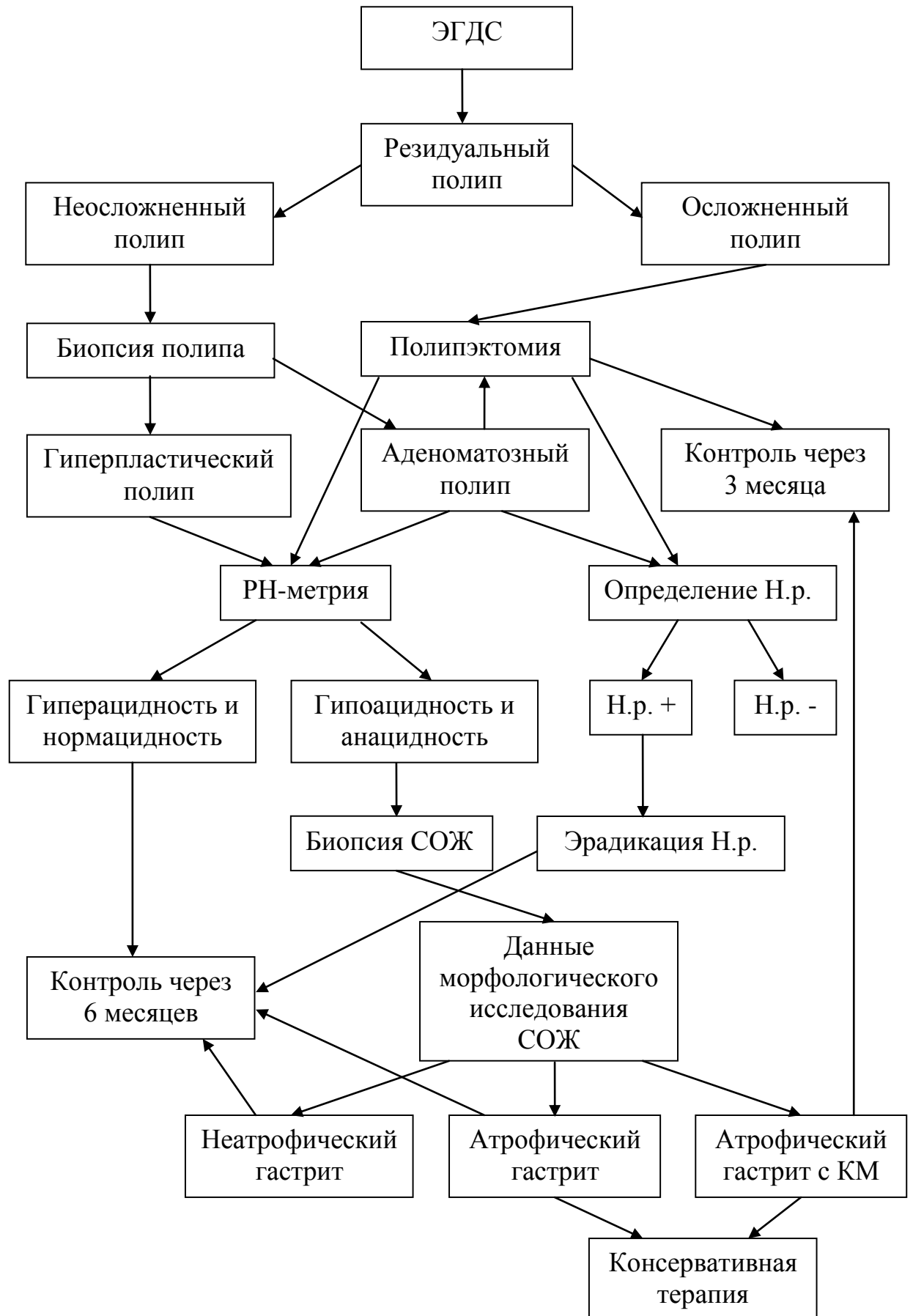
Анализ макроскопической и морфологической характеристик резидуальных полипов, удалённых в разные сроки, показал, что с течением времени эти полипы не подвергаются опухолевой трансформации, воспалительные процессы в них снижаются, а сам полип уменьшается в размерах. Однако, в большинстве случаев, полного его исчезновения не происходит. Многократные удаления приводят к увеличению размеров полипа за счёт увеличения фиброзного компонента полипа.

Агрессивная тактика, направленная на раннее и более полное удаление повторно растущего полипа с использованием дополнительных методов его коагуляции, не способствует улучшению результатов лечения пациентов с резидуальными полипами желудка.

Консервативная терапия и динамическое наблюдение показали, что в ряде случаев удалось добиться положительной динамики. Работа в данном направлении продолжается.

Накопленный опыт и результаты данного исследования позволили разработать алгоритм лечения пациентов с резидуальными полипами желудка.

Алгоритм лечения пациентов с резидуальными полипами желудка.



ВЫВОДЫ.

1. Повторный рост резидуального полипа в антральном отделе желудка происходит в 92,8 % случаев после эндоскопической полипэктомии.
2. Резидуальные полипы имеют достоверные макроскопические признаки: ярко-красный цвет с белесоватыми включениями, крупный размер и широкое основание с конвергенцией к нему складок.
3. Характерным морфологическим признаком резидуального полипа является наличие в его строме большого количества фиброзной ткани и формирование фиброэпителиальных сосочков.
4. В большинстве случаев резидуальные полипы развиваются на фоне атрофического пангастрита (84,3%) и сниженной кислотопродукции (85,6%).
5. Различные способы эндоскопического удаления резидуального полипа не предотвращают его повторный рост.
6. Резидуальный полип не является истинной опухолью и не подвергается опухолевой трансформации.
7. Динамическое наблюдение и консервативная терапия являются оптимальной тактикой ведения пациентов с резидуальными полипами.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. Гиперпластические полипы антрального отдела желудка не превышающие в размерах 1,0 см с не осложненным течением подлежат динамическому наблюдению 1 раз в год.
2. Все пациенты с полипами желудка подлежат обследованию на наличие инфекции *H. pylori*. При её обнаружении показана эрадикационная терапия.
3. При доказанной анацидности (рН более 5,0) в схеме эрадикации антисекреторные средства не используются. Рекомендовано применение субцитрата висмута.

4. При наличии повторного роста полипа после электроэксцизии показано динамическое наблюдение 1 раз в год с взятием биопсии из полипа.
5. При диагностике хронического атрофического анацидного или гипоацидного пангастрита показана длительная консервативная фитотерапия препаратами подорожника и тысячелистника, а также заместительная терапия.
6. Повторное эндоскопическое удаление резидуального полипа показано только при осложнениях (кровотечение из полипа, ущемление в привратнике)

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Есенин Д.Ю., Сотников В.Н., Волова А.В., Соколов А.А. – Эндоскопия в диагностике резидуальных полипов желудка // Российские медицинские вести. 2010. №2. С.57 – 62.
2. Сотников В.Н., Дубинская Т.К., Есенин Д.Ю., Гаврилов А.М., Волова А.К. Макроскопическая и морфологическая характеристика резидуальных полипов желудка // Эндоскопическая хирургия. 2010. №5. С.35 – 40.
3. В.Н. Сотников, Дубинская Т.К., Волова А.В., Есенин Д.Ю. Значение макроскопических признаков в диагностике и прогнозе морфологического типа полипа. // Клиническая медицина. Выпуск №2., 2011г. С.43-45.

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*

ЭУС - Эндоскопическая ультрасонография

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

<http://www.gastroscan.ru/literature/>