

УДК 616.34/35-006.5-07-089-819.1

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ ПОЛИПОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Шапкин Ю.Г., Чалык Ю.В., Рубцов В.С.

*Саратовский государственный медицинский университет, г. Саратов
Кафедра общей хирургии, general-surgery@ya.ru*

Статья посвящена организации и практической реализации системы ранней диагностики колоректальных полипов в условиях городской поликлиники. Основными организационными моментами были: информационная работа с врачами первого контакта, внедрение в практику клиничко-диагностической лаборатории иммунохимического метода определения скрытой крови в кале, создание условий для осуществления эндоскопического удаления колоректальных полипов в амбулаторном порядке. Результаты выполненной работы показали, что активное раннее выявление и эндоскопическое удаление полипов толстой кишки, лежащие в основе вторичной профилактики колоректального рака, могут широко применяться в амбулаторной практике.

Ключевые слова: скрининг, колоректальный рак, колоректальные полипы, колоноскопия, полипэктомия.

В экономически развитых странах колоректальный рак (КРР) является социально значимым заболеванием и занимает второе место по заболеваемости и смертности, уступая первенство раку легкого [4]. Наиболее распространенной предраковой патологией являются аденоматозные полипы толстой кишки [8].

К сожалению, в настоящее время в отечественной системе здравоохранения отсутствует стандарт ранней диагностики колоректальных новообразований. Колоноскопия назначается, как правило, пациентам с явными симптомами поражения толстой кишки (пальпируемое образование

в проекции ободочной кишки, примесь видимой крови к калу, тенезмы, прогрессирующий запор и др.), а профилактические эндоскопические исследования толстой кишки проводятся редко. За небольшим исключением, у врачей первого контакта имеют место низкая онкологическая настороженность в отношении КРР, недостаточное знакомство с его клиническими формами и, следовательно, малая потребность в колоноскопии как первичном методе обследования. Поэтому рак толстой кишки в 70-93 % случаев выявляется лишь в III-IV стадии, а полипы прямой и ободочной кишок, как правило, оказываются

случайной находкой при обследовании больных по поводу других заболеваний [2].

Ключевым моментом раннего выявления полипов и рака толстой кишки является организация скринингового обследования пациентов средней группы риска по КРР (>50 лет) на скрытую кровь в кале и профилактического эндоскопического обследования лиц с положительным результатом данного анализа, что в итоге позволяет снизить смертность от КРР на 15-33 % [5, 6]. По сравнению с пероксидазными тестами (реакция Грегерсена, пробы с гваяковой смолой и др.), современные иммунохимические анализы кала на скрытую кровь положительно отличаются тем, что реагируют исключительно на гемоглобин человека и не требуют обременительных диетических ограничений [7]. Среди всех методов ранней диагностики колоректальных новообразований общепризнанным золотым стандартом является колоноскопия с биопсией [3]. Так как размер 90 % полипов, обнаруживаемых в толстой кишке, не превышает 2 см в диаметре, в качестве эффективной меры вторичной профилактики рака толстой кишки возможна организация эндоскопического удаления колоректальных полипов на догоспитальном этапе [1].

Поскольку сочетание лабораторного и эндоскопического методов профилактического обследования толстой кишки с последующим удалением выявленных полипов лежит в основе снижения смертности от колоректального рака и его осложнений,

необходимо продолжать поиски наиболее оптимального применения данных методов в амбулаторно-поликлинической практике.

Цель исследования

Оценить эффективность скрининга и ранней эндоскопической диагностики колоректальных новообразований путем проведения иммунохимического анализа кала на скрытую кровь и профилактической колоноскопии амбулаторным пациентам 40-60 лет. Определить возможности амбулаторной эндоскопической полипэктомии как метода уточняющей диагностики и вторичной профилактики колоректального рака.

Материалы и методы

В качестве метода скрининга применялся быстрый иммунохроматографический тест для качественного выявления у людей скрытой крови в фекалиях, выполняемый с помощью тест-кассет ACON FOB для одноэтапного определения скрытой фекальной крови (Acon Biotech Co. Ltd., США-Китай). Номинальная разрешающая способность тест-кассеты ACON FOB по определению низких уровней фекальной крови была 50 нг/мл или 6 мкг/г фекалий. Для обеспечения потока пациентов на скрининговое лабораторное обследование проведена соответствующая информационная работа с врачами первого контакта. Скрининговому обследованию подвергались амбулаторные пациенты обоего пола в возрасте 40-60 лет, у которых отсутствовали абдоминальные жалобы, симптомы тревоги (длительный субфебрилитет, похудание,

снижение аппетита и др.), видимые выделения крови из прямой кишки и расстройство стула, за исключением склонности к запору или послаблению стула на протяжении многих лет. Иммунохимический анализ кала на скрытую кровь настоятельно рекомендовался пациентам с неблагоприятным семейным анамнезом по КРР. Естественным ограничением для женщин был период месячных. Из исследования исключались пациенты, принимающие нестероидные противовоспалительные препараты. Тестирование проводилось однократно.

Профилактическая колоноскопия с биопсией выполнялась фиброколоноскопом «Реп-тах FC-38 FV» (Япония) после адекватной подготовки пациентов к исследованию препаратом «Фортранс» (Ипсен, Франция). Ги-

стологическое исследование биоптатов и удаленных полипов проводилось после фиксации препаратов в 10 % формалине с последующей отдельной окраской срезов гематоксилином-эозином. Эндоскопическое удаление колоректальных полипов выполнялось с помощью серповидной диатермической петли и электрохирургического аппарата «ФОТЕК Е80М» (г. Екатеринбург, Россия).

Результаты исследования и их обсуждение

Всего скрининговое обследование на скрытую кровь в кале прошли 279 амбулаторных пациентов обоего пола в возрасте 40-60 лет (мужчины – 117 (42 %), женщины – 162 (58 %)). Структура пациентов, прошедших скрининговое обследование, представлена в таблице 1.

Таблица 1
Структура пациентов, прошедших скрининговое обследование на скрытую кровь в кале (n = 279)

Возраст	Мужчины	Женщины	Обоего пола
40-50 лет	46	57	103
50-60 лет	71	105	176
Всего	117	162	279

У 25 (8,9 %) обследованных пациентов тест на скрытую кровь показал положительный результат. Структура пациентов

с положительным анализом кала на скрытую кровь представлена в таблице 2.

Таблица 2
Структура пациентов с положительным результатом анализа кала на скрытую кровь

Возраст	Мужчины	Женщины	Обоего пола
40-50 лет	3	7	10 (40 %)
50-60 лет	5	10	16 (60 %)
Всего	9	17	25 (100 %)

Всем пациентам с положительным результатом анализа кала на скрытую кровь проведена профилактическая колоноскопия, которая была тотальной у 23-х (92 %). В 2-х случаях тотальную колоноскопию выполнить не удалось по причине наличия у женщины 58 лет стенозирующей опухоли средней трети нисходящей кишки, а у мужчины 45 лет – выраженного удлинения сигмовидной кишки с дополнительным петлеобразованием. Во всех случаях, кроме одного, удалось установить источник скрытого

толстокишечного кровотечения. У 1-ой пациентки, исключенной впоследствии из исследования, положительный анализ кала на скрытую кровь был обусловлен ошибочным проведением тестирования в день окончания месячных. При тотальной колоноскопии у данной пациентки органической патологии толстой кишки выявлено не было.

Структура выявленной при колоноскопии патологии, послужившей источником скрытого кровотечения, представлена в таблице 3.

Таблица 3

Структура патологии, выявленной при колоноскопии у пациентов с положительным анализом кала на скрытую кровь (n = 24)

Выявленная патология	40-50 лет		50-60 лет		40-60 лет		Всего
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
Колоректальный рак	1	-	-	1	1	1	2
Малигнизированный полип	-	1	1	2	1	3	4
Доброкачественный полип	1	2	3	3	4	5	9
Язвенный проктит	-	1	-	-	-	1	1
Капиллярная ангиэктазия	-	-	-	1	-	1	1
Внутренний геморрой	2	2	1	2	3	4	7
Все нозологии	4	6	5	9	9	15	24

Одна из злокачественных опухолей, как описано выше, была выявлена у женщины 58 лет, локализовалась в средней трети нисходящей кишки, циркулярно охватывала

просвет кишки (муфтавидная эндофитная опухоль), но не давала клинической симптоматики, что весьма примечательно. В анамнезе у данной пациентки 3 года назад

было комбинированное лечение по поводу рака левой почки. Во втором случае эндометриальная раковая опухоль локализовалась в проксимальной трети поперечной кишки у мужчины 47 лет и занимала не более 1/4 окружности просвета на протяжении около 2,0 см. По гистологическому строению оба новообразования представляли собой низкодифференцированную аденокарциному.

Лишь у одного из четырех малигнизированных полипов имелись визуальные признаки малигнизации в виде выраженной гиперемии, эрозирования поверхности и наложений фибрина, хотя с помощью первичной биопсии не удалось верифицировать злокачественное перерождение. Малигнизированные полипы были округлой формы, имели широкое или суженное основание, размер их колебался от 1,2 до 2,5 см, а результаты гистологического исследования биоптатов свидетельствовали о наличии железисто-ворсинчатой аденомы с дисплазией эпи-

телиа II-III ст. Лишь в результате гистологического исследования полипэктомических препаратов удалось обнаружить очаги высоко- или умеренно-дифференцированной аденокарциномы.

Выявленные доброкачественные полипы были как единичными, так и множественными, локализовались преимущественно в левой половине толстой кишки и гистологически представляли собой различного типа аденомы с дисплазией эпителия I-II ст. Размер аденом варьировал от 0,5 см до 3,0 см. Полипы имели разнообразное макроскопическое строение, визуальные признаки малигнизации отсутствовали. Все аденомы были удалены через колоноскоп методом электроэксцизии.

В таблице 4 представлены итоговые сведения о скрыто протекающих колоректальных заболеваниях, выявленных у бессимптомных пациентов 40-60 лет с помощью иммунохимического скрининга и профилактической колоноскопии.

Таблица 4

Скрыто протекающие колоректальные заболевания, выявленные у бессимптомных пациентов в результате скрининга и уточняющей эндоскопической диагностики (n = 24)

Колоректальный рак	Малигнизированные полипы	Доброкачественные полипы	Язвенный проктит	Сосудистая патология
2 (8,3 %)	4 (16,7 %)	8 (33,3 %)	1 (4,2 %)	8 (33,3 %)
Всего: 24 (100 %)				

Как видно из данных таблицы 3, в 9 (37,5 %) из 24-х случаев причиной скрытого толстокишечного кровотечения были не бессимптомные колоректальные новообразования, а клинически не проявленная сосудистая патология (внутренний геморрой – 7, капиллярная ангиэктазия прямой кишки – 1) и латентное деструктивное воспаление слизистой оболочки (язвенный проктит с минимальной активностью процесса – 1).

Несмотря на относительно небольшое количество пациентов, участвовавших в скрининге и прошедших профилактическую колоноскопию, все же удалось активно выявить больных со скрыто протекающей органической патологией толстой кишки, включая колоректальный рак. Данное обстоятельство свидетельствует в пользу целесообразности применения мероприятий по активному выявлению колоректальных новообразований в широкой амбулаторной практике.

Таким образом, благодаря профилактическому эндоскопическому обследованию группы повышенного риска по КРР, отобранной среди бессимптомных пациентов 40-60 лет на основании положительного иммунохимического анализа кала на скрытую кровь, удалось осуществить раннюю диагностику колоректальных новообразований. В итоге у 6-ти пациентов диагностировано злокачественное поражение толстой кишки, включая малигнизированные полипы, что составило 25 % от количества пациентов группы повышенного

риска и 2,2 % от общего числа пациентов, участвующих в скрининговых мероприятиях. Причем возраст 5-ти из 15-ти пациентов с колоректальными новообразованиями (рак и полипы) был менее 50 лет. Благодаря своевременной диагностике, всем пациентам со злокачественными колоректальными новообразованиями удалось провести радикальное лечение.

Выводы

1. Скрининг в сочетании с уточняющей эндоскопической диагностикой позволяет своевременно выявлять у амбулаторных пациентов бессимптомные доброкачественные и злокачественные новообразования толстой кишки.

2. Активная ранняя диагностика является оптимальным фактором для успешного радикального лечения колоректальных новообразований.

3. Бессимптомные злокачественные колоректальные новообразования могут встречаться у пациентов моложе 50 лет, что является достаточным основанием для детального изучения эффективности скрининговых мероприятий в возрастной группе 40-50 лет.

4. Амбулаторная эндоскопическая полипэктомия является не только эффективной мерой вторичной профилактики колоректального рака, но и надежным методом установления факта малигнизации полипов, что имеет важное значение для дальнейшей лечебной тактики и последующего диспансерного наблюдения пациентов.

Список литературы

1. Эндоскопическое удаление полипов желудочно-кишечного тракта в условиях дневного стационара поликлиники / С.И. Гуленков [и др.] // Росс. журн. гастроэн., гепатол. и колопрот. 1995. № 3. С. 85-87.
2. Организация выявления и динамического наблюдения проктологических больных в системе диспансеризации населения: метод. рек. М, 1989. 26 с.
3. Araujo Sea et al. – Role of colonoscopy in colorectal cancer // Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo. 2001. Vol. 56(1). P. 25-35.
4. Endoscopic Mucosal Resection / Ed. by M.Conio, P.Siersema, A.Repici and T.Ponchon. Blackwell Publishing, 2008. P. 1-3.
5. Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MH, et al. Randomised controlled trial of faecal-occultblood screening for colorectal cancer // Lancet. 1996. Vol. 348. P. 1472-1477.
6. Kronborg O., Fenger C., Olsen J. et al. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecaloccult-blood test // Lancet. 1996. Vol. 348. P. 1467-1471.
7. Levin B., Lieberman D.A. et al. Screening and Surveillance for the Early Detection of Colorectal Cancer and Adenomatous Polyps, 2008: A Joint Guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology // Gastroenterology. 2008. Vol.134. № 5. P. 1570-1595.
8. Morson B. The polyp–cancer sequence in the large bowel // Proc R Soc Med. 1974. Vol. 67. P. 451-457.

EARLY DETECTION AND ENDOSCOPIC REMOVAL COLORECTAL POLYPS IN OUT-PATIENT CONDITIONS

Shapkin Iu.G., Chalyk Iu.V., Rubtsov V.S.

*Saratov State Medical University, Saratov
Faculty of the general surgery, general-surgery@ya.ru*

The article is devoted to the organization and practical realization of system of early diagnostics colorectal polyps in conditions of a city polyclinic. The basic organizational moments were: information work with doctors of the first contact, introduction of fecal immunochemilal occult blood test in practice of clinical-diagnostic laboratory, creation of conditions for realization endoscopic removal of colorectal polyps in out-patient clinic. Results of performed work have shown that active early detection and endoscopic removal of colorectal polyps underlying secondary preventive maintenance of a colorectal cancer can widely be applied in an out-patient practice.

Keywords: screening, colorectal cancer, colorectal polyps, colonoscopy, polypectomy.