

ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ ПРИ ПОЛИПАХ ЖЕЛУДКА

А. С. Горюнова, А. С. Новикова, И. Ю. Колесникова

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

На сегодняшний день полипы желудка (ПЖ) являются распространенной патологией среди заболеваний желудочно-кишечного тракта, встречаются достаточно часто: в 1-6 % эзофагогастродуоденоскопий (ЭГДС) и в 0,1-0,8 % всех вскрытий [1]. Возможными факторами, способствующими возникновению ПЖ, являются хроническое воспаление, атрофия слизистой оболочки желудка (СОЖ), инфицированность *Helicobacter pylori* (НР). ПЖ – доброкачественные опухоли желудка эпителиального происхождения, выступающие в просвет желудка на ножке или на широком, отчетливо ограниченном, основании [2]. Согласно классификации опухолей желудка ВОЗ, к истинным полипам относят исключительно аденомы из железистого эпителия с различной степенью клеточной атипии [3]. Вероятность озлокачествления аденом варьирует от 6 до 75 % случаев, аденомы более 2 см в диаметре трансформируются в аденокарциному в 75 % случаев [4]. Относительно злокачественной трансформации гиперпластических ПЖ нет единого мнения. К осложнениям ПЖ можно отнести развитие желудочных кровотечений, инфицирование полипа, нарушение эвакуации содержимого желудка, ущемление полипа и малигнизацию [5]. Все больные ПЖ нуждаются в неоднократном проведении ЭГДС в течение жизни. До настоящего времени нет единого мнения по вопросам лечебной тактики, показаний к полипэктомии, как нет и стандарта качества оказания медицинской помощи больным с полипами верхних отделов пищеварительного тракта в России. Диагностика и лечение больных ПЖ остается актуальной проблемой заболеваний пищеварительного тракта в современной медицине [6].

Цель исследования: рассмотреть ЭГДС, как метод диагностики и лечения ПЖ, а также изучить методы и возможные осложнения при эндоскопическом удалении ПЖ.

Результаты и обсуждение: ЭГДС - эндоскопическое исследование, позволяющее визуально осмотреть слизистую пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, выявить образования, оценить их размер и внешний вид.

Эндоскопическая классификация ПЖ, предложенная S. Yamada в 1966 г. выделяет 4 типа полипов:

I тип - плоский, приподнятый, с нечеткими краями;

II тип - выступающий, полукруглый, с достаточно четкими границами;

III тип - четко выступающий, округлый, с втянутым основанием;

IV тип - на ножке [7].

При проведении эндоскопии могут забираться гастробиоптаты для проведения быстрого уреазного теста, гистологического и культурального исследований [8]. Киотский глобальный консенсус по НР-ассоциированному гастриту говорит о связи НР и гиперпластических ПЖ [8]. Также НР является пусковым фактором в патогенезе желудочного канцерогенеза по общепринятой в настоящее время теории P. Correa [9]. Необходимость изучения НР-статуса больных ПЖ очевидна. В этом может заключаться одна из диагностических функций ЭГДС.

Размеры, количество, вид ПЖ как результат макроскопического осмотра и микроскопическое исследование в виде биопсии определяют вид и объем хирургического лечения ПЖ. Гистологическая верификация различных видов атипии, рака желудка предполагает хирургическое лечение в виде иссечения слизистой, частичной резекции желудка или гастрэктомии с учетом данных дополнительных методов исследования в профильном, онкологическом стационаре, что определяет необходимость выполнения маршрутизации больных ПЖ.

При отсутствии малигнизации ПЖ рекомендована эндоскопическая полипэктомия (ЭП) [10], которая является операцией выбора у больных ПЖ в настоящее время. Таким образом, диагностические возможности гастроскопии больным ПЖ могут быть реализованы в полной мере только при условии выполнения биопсии образования СОЖ и проведения гистологического исследования.

Показаниями для ЭП можно считать наличие одиночного или множественных ПЖ. Противопоказания к ЭП:

- полипы на широком основании – 2-3 см;
- нарушения свертывающей системы крови;
- тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы;
- наличие искусственного водителя ритма;
- почечная и печеночная недостаточность;

- декомпенсированный сахарный диабет;
- выраженное воспаление ротовой полости и глотки [11].

При наличии противопоказаний ЭП может усугубить и без того тяжелое состояние больного и привести к неблагоприятному исходу. В таких случаях она может быть произведена только по жизненным показаниям: кровотечение из полипа, ущемление ПЖ [11].

Значительное количество больных, как с аденоматозными, так и с гиперпластическими ПЖ, подвергаются ЭП в условиях хирургического или терапевтического стационара. Данное оперативное вмешательство имеет преимущества в том, что устраняет очаг возможной малигнизации, но при этом сохраняет анатомию и функцию оперированного органа.

Существует 4 группы методов удаления ПЖ:

1. Механическая ЭП: откручивание, кускование, срезание петель, наложение резиновой лигатуры-кольца (методы механического удаления ПЖ часто осложняются обильным кровотечением и в настоящее время практически оставлены всеми авторами).
2. Физическая ЭП: электрокоагуляция, электроэксцизия, замораживание криозондом, фотокоагуляция лазером.
3. Химическая ЭП: склерозирование; ведение веществ, которые вызывают некротические процессы, таких как уксусная кислота, полидоканол (метод применяется редко, так как возникают поздние кровотечения и отсутствует гистологический контроль за отторгнувшимся полипом).
4. Комбинированная (смешанная) ЭП: (например: склерозирование + электроэксцизия) [11].

Методика ЭП, наиболее распространенная в настоящее время включает несколько этапов:

- после введения гастроскопа проводится эндоскопическое исследование и отыскивание ПЖ;
- введение металлической петли в желудок и набрасывание ее на основание ПЖ;
- постепенное отсечение полипа;
- проверка правильности и эффективности ЭП (при оставлении культи полипа необходимо иссечь его основание или произвести электрокоагуляцию);
- извлечение удаленного полипа (или полипов);

- динамический контроль за состоянием СОЖ после ЭП [12].

Эндоскопическое удаление образований, в основном, выполняется током высокой частоты в трех режимах: коагуляция, резание или смешанный режим (резание и коагуляция). Теоретически для профилактики кровотечения электрохирургическое воздействие не должно простираться глубже подслизистого слоя, так как повреждение мышечного слоя оболочки многократно увеличивает риск осложнений, таких как кровотечение из ложа удаленного полипа и перфорацию стенки желудка (А. В. Белоногов и соавт., 2002; Т. Kinoshita, 2003) [11]. Известно несколько факторов, увеличивающих риск кровотечения после полипэктомии [12, 13]:

- большой размер полипа,
- полип на широкой ножке больших размеров,
- полип на широком основании,
- преклонный возраст пациента,
- наличие коагулопатии,
- прием нестероидных противовоспалительных препаратов,
- режим подачи тока.

С целью профилактики этого осложнения было разработано несколько методик:

- эндоскопическая инъекционная терапия с введением физиологического раствора [13],
- раствора адреналина;
- фибринового клея;
- наложение эндоскопической лигатуры;
- клипирование.

Большинство авторов останавливали кровотечение эндоскопически, но по данным Я. В. Гавриленко (1977), полостная операция понадобилась 3 % больным. При проведении ЭП могут встретиться и другие трудности на любом ее этапе: невозможность проведения гастроскопа к области новообразования из-за наличия сужения или деформации желудка; затруднения при забрасывании петли на ПЖ; невозможность извлечь все

отсеченные полипы; потеря удаленного ПЖ (потеря материала в желудочном содержимом, либо утерян из-за активного срыгивания).

Заключение: эзофагогастродуоденоскопию можно считать золотым стандартом диагностики и лечения ПЖ, так как метод позволяет осуществить забор биопсии для гистологической верификации полиповидного образования, диагностики сопутствующих заболеваний (хеликобактерная инфекция, гастрит) и малигнизации, а также лечебные манипуляции (ЭП, остановка кровотечения). С целью профилактики развития рака и выявления рецидива ПЖ необходим длительный срок наблюдения за оперированными больными.

Литература

1. Текущий спектр полипов желудка: национальное исследование более 120 000 пациентов / Е. Кармак, Р. Джента. - Гастроэнтерология. - 2009. – №104.– С. 1524-1532.
2. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки / Л. Д. Фирсова, А. А. Машарова, Д. С. Бордин, О. Е. Янова. – Москва: Планида, – 2011. – 52 с.
3. Stanley R., Hamilton L. Tumours of the Digestive System Edited. – Lyon: Press - 2000. – 36 p.
4. Gregory Y., Lauwers M. D. Gastric Polyps: Classification and Management // Archives of Pathology and Laboratory Medicine. - 2001. - V.132, №4. - P. 633–640.
5. Трофимов Д. Н. Опухолевая и предопухолевая патология желудка в общей врачебной практике: учебное пособие // Чебоксары: ИУВ. - 2005.- 60 с.
6. Белоногов А. В., Житов Д. И. Эндоскопические и эндохирургические способы лечения полипов желудка // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. – 2002. – Т.2, №5. – С.76–79.
7. Маев И. В., Самсонов А. А., Андреев Д. Н. Болезни желудка // М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2015. – 967 с.
8. Annibale B., Sprile M. R., D'ambra G. Cure of Helicobacter pylori infection in atrophic body gastritis patients does not improve mucosal atrophy but reduces hypergastrinemia and its related effects on body ECL-cell hyperplasia // Aliment Pharmacol Ther. - 2000. - №14. – P. 34.
9. Correa P. Chronic gastritis as a cancer precursor // Scand. J. Gastroenterol. – 1984. – P. 131–136.
10. Новикова А. С., Колесникова И. Ю. Неоднозначность результатов гистологического исследования полипов желудка/ Молодежь, наука,

медицина [Электронный ресурс]: тезисы 64-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием / Тверь: Ред.-изд. центр, Твер. гос. мед. ун-т, 2018. — 587 с. — С. 390-391.

11. Белоногов А. В., Храмцов Е. В., Егорова В. А., Житов Д. И. Комбинированное удаление полипов желудка // Актуал. вопр. онкол. — 2002. — С. 85.
12. Shiffman M. L., Farrel M. T., Yee Y. S. Risk of bleeding after endoscopic biopsy or polypectomy in patients taking aspirin or other NSAIDS // *Gastrointest. Endosc.* — 1994. — Vol. 40, №4. — P. 458–462.
13. Friedrichs O. *Endoscopic Fibrin Gluing: Submucosal Application Against Bleeding in the Gastrointestinal Tract* / Berlin: Blackwell Verlag GmbH, 1998.