

## ПОЛІПИ ТОВСТОЇ КИШКИ: ДІАГНОСТИКА, НАГЛЯД І ЛІКУВАННЯ\*

Ігор Коляда, Ігор Тумак

Львівський медичний університет, кафедра ендоскопії та малоінвазивної хірургії

### ДІАГНОСТИКА

Колоректальні поліпи часто виявляють під час скринінгового обстеження з метою діагностики колоректального раку або під час обстеження хворих зі скаргами з боку органів травлення. До діагностичних тестів, які для виявлення колоректальних аденом застосовують найчастіше, належать дослідження калу на приховану кров, іригоскопія та колоноскопія.

Хоча *тести на приховану кров у калі* (Hemoccult, NemoQuant) є чутливими методами для виявлення власне крові, проте їх чутливість щодо виявлення колоректальних аденом є досить низькою, оскільки більшість поліпів, особливо невеликі за розмірами, не кровоточать. Лише в невеликій частки пацієнтів з гематохезією джерелом кровотечі є колоректальні аденоми. У дослідженні Ahlquist зі співавт., яке охопило 1217 пацієнтів без клінічної симптоматики, чутливість тесту на приховану кров щодо поліпів розмірами 2 см і більше становила лише 20%, а щодо всіх поліпів розмірами 1 см і більше — лише 13%.

Чутливість *іригоскопії* як при одинарному, так і при подвійному контрастуванні, коливається в широких межах залежно від різних факторів. Згідно з даними різних дослідників, цей метод дає змогу виявити від 44 до 90% клінічно значущих новотворів (розмірами 1 см і більше), чутливість щодо дрібніших поліпів значно нижча. Хибно-позитивні результати трапляються з частотою 5—10% щодо поліпів розмірами 1 см і більше, і з частотою до 50% — щодо дрібніших поліпів.

Найчутливішим методом діагностики поліпів є *колоноскопія*, крім того, вона дає змогу відразу ж і видалити поліп або взяти біопсію<sup>5</sup>. Численні дослідження засвідчують, що, за умови доброї підготовки кишки до дослідження, чутливість колоноскопії щодо виявлення поліпів розмірами 6—9 мм становить 85—90%, а щодо більших поліпів — 95%. Чутливість зростає при застосуванні новітнього методу відеокколоноскопії із збільшенням.

Різні види поліпів, як звичайно, мають і певні особливості зовнішнього вигляду, за якими можна із значною вірогідністю передбачити гістологічну структуру. Так, зокрема, *тубулярні аденоми*, як уже зазначалося, переважно мають невеликі розміри, часто у процесі їх росту утворюється ніжка, яка часом буває досить довгою (рис. 1 на кольоровій вкладки). Головка поліпа, як звичайно, інтактна, дещо червоніша, ніж навколишня слизова, гладенька або з часточковою поверхнею. Ніжка вкрита звичайною слизовою. *Тубуло-вільозні аденоми* мають здебільшого розміри понад 1 см, можуть мати широку основу (рис. 2а) або ніжку, яка зазвичай товща, ніж ніжка тубулярного поліпа, поверхня їх нерівна, з дрібними вузликами, що зумовлено вільозним компонентом пухлини.

\* Закінчення. Початок у попередньому числі журналу.

<sup>5</sup> Багато американських авторів рекомендують для скринінгового обстеження поєднувати фібро-сигмоскопію з іригоскопією з подвійним контрастуванням для дослідження проксимальних відділів кишки. Це зумовлено тим, що сигмоскопію у США виконують навіть сімейні лікарі, а тотальну колоноскопію — лише спеціалісти-ендоскопісти.

**Вільозні аденоми**, як звичайно, є утворами на широкій основі,<sup>6</sup> що вкривають доволі велику ділянку слизової (рис. 2б). Через недостатнє кровопостачання вони виглядають блідими, поверхня їх зерниста або нагадує цвітну капусту. Як звичайно, це дуже м'які і легко ранимі утвори.

При **САП** (рис. 3) уся товста кишка може бути вкрита суцільним килимом із дрібних “сидячих” поліпів, з певною тенденцією до концентрації в дистальних відділах. Біопсія в таких випадках конче необхідна, оскільки візуально такі поліпи важко відрізнити від лімфоїдних, гіперпластичних або ювенільних. Мікроскопічно такі аденоми не мають якихось відмінностей порівняно із спорадичними.

**Поліповидний рак** товстої кишки (мається на увазі інвазивний рак, а не пухлина в межах слизової оболонки аденоми, яку можна радикально видалити ендоскопічно) становить до 1% усіх поліпів, частіше — серед великих. Лише 1/4 таких карцином має ніжку. Ознаками, які як звичайно, наводять на думку про злоякісність, є виразкування поверхні і щільна консистенція, проте абсолютно “доброякісний” вигляд ще не виключає наявності карциноми.

**Гіперпластичні поліпи**, як звичайно, є дрібними (менше 5 мм завбільшки), їх поверхня перлистою кольору і вони локалізуються переважно в ректосигмоїдному відділі, найчастіше на гребенях міжгаустральних складок (рис. 4). Хоча аденоми таких розмірів здебільшого здаються червонішими від навколишньої слизової, відрізнити їх від гіперпластичних поліпів без біопсії неможливо. Дрібні гіперпластичні поліпи мають широку основу, більші (5—10 мм) — можуть мати ніжку. Гігантські гіперпластичні поліпи трапляються надзвичайно рідко. Якщо у хворого гіперпластичний поліпоз (неспадкове рідкісне захворювання) з множинними гіперпластичними поліпами, в ідеалі треба брати біопсію з них усіх, оскільки саме виявлення хоча б кількох аденом визначає подальшу тактику.

**Ювенільні поліпи**. Як звичайно, вони є солітарними і локалізуються здебільшого в ректосигмоїдному відділі. Наявність ювенільного поліпозу рекомендують підозрювати вже при виявленні 3—4 поліпів. Більшість із них має ніжку, розміри часто 1—3 см, і за виглядом нагадують сосиску. Поверхня світло-червона, гладка, легко ранима (рис. 5), з вираженою контактною кровоточивістю і часто — з виразкуванням.

За даними Національного дослідження поліпів США, поліпектомія зменшує ризик виникнення раку товстої кишки на 75%.

При **синдромі Пейтца-Єгерса** поліпи можуть мати різні, часом доволі великі розміри, переважно мають ніжку і гладеньку часточку поверхню.

**Запальні поліпи** (псевдополіпи). Трапляються при неспецифічному виразковому коліті і хворобі Крона, тому можуть супроводжуватися ендоскопічною картиною, типовою для цих захворювань на різних стадіях і при різних ступенях активності. Розміри їх переважно невеликі, хоча форма різноманітна, часто химерна, іноді навіть у вигляді містків. Такі містки утворюються із порівняно збережених пасем слизівки, які відділилися від підслизової основи. Переважно їх можна виявити по краю виразок.

На **лімфоїдні вузлики** колоноскопист часто може не звернути увагу через їх малі розміри, а також через їх прозорість. Ці дрібні блискучі утвори мають півсферичну форму. У хворих з меланозом (темне забарвлення слизової при трива-

<sup>6</sup> Через їх широку основу вільозні аденоми часто називають не поліпами, а просто ворсинчастими пухлинами.

лому прийомі проносних типу сени) вони залишаються світлими, оскільки не накопичують пігмент.

*Ліпони* мають характерні особливості — м'яку структуру (рис. 6), жовтуватий колір (просвічує жирова тканина). Яскравим симптомом ліпони є виділення жиру з отвору, якщо при біопсії надірвати слизову (часом для цього треба зробити кілька щипків з одного місця). Цю жирову тканину іноді вдається відсмоктати за допомогою відсмоктувача.

### ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ПІДХОДІВ ДО ХВОРИХ З КОЛОРЕКТАЛЬНИМИ ПОЛІПАМИ

Загальною метою лікувального підходу при колоректальних аденомах є зменшення захворюваності на рак товстої кишки і смертності від нього. У великих дослідженнях доведено, що поліпектомія зменшує ризик розвитку раку. У кожному конкретному випадку враховують вік пацієнта, передбачувану тривалість життя і наявність супутньої патології як фактора ризику при ендоскопічних чи конвенційних операціях. *У разі наявності великих поліпів (1 см і більше) біопсія недоцільна, ліпше відразу виконати поліпектомію з подальшим гістологічним дослідженням.* При дрібніших поліпах виконують біопсію і подальшу тактику планують на основі її результатів. Гіперпластичні поліпи не видаляють, а аденоми підлягають поліпектомії. Якщо гіперпластичний поліп було виявлено під час ректороманоскопії, тотальна колоноскопія не обов'язкова, якщо ж він виявився аденомою, то необхідне тотальне обстеження товстої кишки для виявлення синхронних утворів — шанси їх виявлення становлять 1:3. Звичайно, колоноскопія також обов'язкова при виявленні поліпів під час іригоскопії.

У пацієнтів, яким виконували ендоскопічну поліпектомію, залишається підвищений ризик росту аденоматозних поліпів і виникнення колоректального раку. Тому їм показані контрольні колоноскопії. Вважають, що частота виникнення нових аденом коливається від 20 до 60% упродовж трьох років після колоноскопії. У хворих з великими тубуло-вільозними або вільозними аденомами ректосигмоїдної ділянки ризик виникнення в майбутньому колоректального раку у 3,6 разу вищий, ніж у загальній популяції. При множинних ректосигмоїдних аденомах (більше трьох) цей ризик зростає до 6,6 разу.

Під час Національного дослідження поліпів у США упродовж трьох років спостерігали 1418 пацієнтів, в яких ендоскопічно видаляли всі виявлені колоректальні аденоми. У групі, в якій контрольні колоноскопії виконували через 1 рік і через 3 роки, відсоток тих, у кого виявлено нові аденоми, становив 41,7%, натомість у групі, де контрольну колоноскопію виконували тільки через 3 роки, він був значно нижчим — лише 32%. Проте відсоток аденом розмірами 1 см і більше з дисплазією високого ступеня або малігнізацією був однаковим в обох групах і становив лише 3,3%.

Тому було рекомендовано виконувати контрольну колоноскопію через 3 роки після ендоскопічного видалення колоректальної аденоми. Раніше цього терміну повторне обстеження було рекомендовано для груп пацієнтів, у яких:

- ◆ видаляли дуже великий поліп на широкій основі;
- ◆ резекція була неповноцінною;
- ◆ видаляли множинні аденоми;
- ◆ підготовка кишки під час першої процедури була неповноцінною (внаслідок чого можна було пропустити невеликий поліп).

## ПОЛІПЕКТОМІЯ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ КОЛОНОСКОПА

Хоча колоректальні аденоми і мають характерний вигляд, не завжди вдається візуально їх відрізнити як від злоякісних новотворів, так і від гіперпластичних поліпів чи інших не неопластичних утворів. Ендоскопічна поліпектомія дає змогу виконати докладне гістологічне дослідження видаленого утвору, з'ясувати його характер та визначити подальшу тактику. У пацієнтів з множинними поліпами (крім тих, які мають важку супутню патологію й обмежений прогнозований термін життя) оправдане ендоскопічне видалення всіх поліпів.

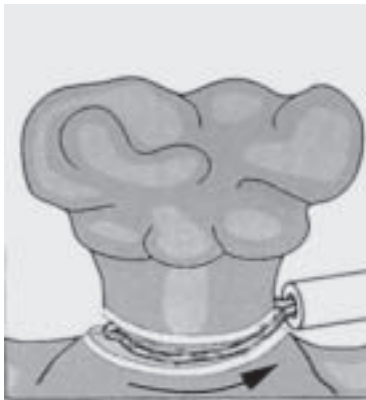


Рис. 7. Поліпектомія: перетинання ніжки поліпа за допомогою поліпектомічної петлі.

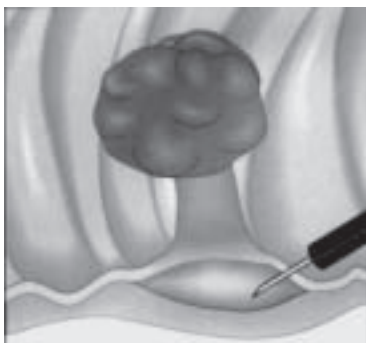


Рис. 8. Поліпектомія: введення фізіологічного розчину в підслизовий шар.

До найчастіше застосовуваних ендоскопічних технологій видалення поліпів належать поліпектомія за допомогою петлі, коагуляція за допомогою так званих “гарячих” щипців та ексцизійна біопсія без коагуляції. Поліпектомія за допомогою петлі полягає в затягуванні її навколо ніжки (або основи) поліпа з подальшим перетинанням ніжки за допомогою струму високої частоти (рис. 7). За допомогою цієї технології можна видаляти поліпи на ніжці або дрібні “сидячі” поліпи. Щодо останнього типу поліпів можна застосовувати і дві інші альтернативні методики. Проте радикальність їх сумнівна, а метод “гарячих щипців” суттєво небезпечніший, ніж петлева поліпектомія через вищий ризик глибокого опіку і перфорації стінки кишки.

Великі поліпи на широкій основі становлять суттєву технічну проблему для ендоскопічної поліпектомії, але їх здебільшого також можна видалити за допомогою поліпектомічної петлі шляхом відрізання поліпа по частинах. У певних ситуаціях може допомогти введення фізіологічного розчину в підслизовий шар (рис. 8), унаслідок чого основа поліпа трохи піднімається над поверхнею слизівки і ризик перфорації кишки під час процедури зменшується. Однак деякі великі поліпи з широкою основою доводиться видаляти за допомогою порожнинної операції, якщо вони містяться у сигмоподібній кишці і проксимальніше, або шляхом трансанальної резекції стінки кишки при їх локалізації у прямій кишці.

Серйозними ускладненнями ендоскопічної поліпектомії є кровотеча і перфорація кишки. Проте в досвідченого спеціаліста при видаленні клінічно значущих поліпів частота ускладнень може бути дуже низькою і не перевищувати 0,1—0,2%.

## ПОКАЗИ ДО РЕЗЕКЦІЇ ТОВСТОЇ КИШКИ

Якщо після ендоскопічного видалення поліпа на ніжці в ньому виявлено карциному, то виникає питання про доцільність резекції сегмента кишки, в якому мі-

стився цей поліп. До сприятливих факторів (тобто, таких, які дають підставу не робити операцію) належать:

- ◆ поліп мав ніжку;
- ◆ ендоскопічна резекція була повноцінною (ніжка у видаленому препараті має довжину 2 мм і більше);
- ◆ карцинома не є низькодиференційованою;
- ◆ не виявлено інвазії у кровоносні або лімфатичні судини;
- ◆ відстань від зони резекції до пухлини становить не менше 2 мм.

Якщо випадок відповідає цим критеріям, то показані контрольні колоноскопії упродовж 3—6 місяців з метою виявлення можливої резидуальної пухлини. За відсутності такого резидуального росту повторні огляди проводяться, як і при доброякісних пухлинах. Якщо ж поліп був на широкій основі, мав великі розміри, повноцінність ендоскопічної резекції була сумнівною, а пухлина низькодиференційованою або з інвазією у кровоносні чи лімфатичні судини, то показана резекція кишки.

### ПЕРСПЕКТИВНІ ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНІ ПІДХОДИ

Перспективною альтернативою колоноскопії як скринінгового дослідження товстої кишки є віртуальна колоноскопія. Це неінвазивне дослідження виконують за допомогою сучасних спіральних комп'ютерних томографів, програмне забезпечення яких дає змогу створювати тривимірну модель органа (кишки, шлунка, бронхів), який розміщений у досліджуваній частині тіла. Діагностичні можливості такого моделювання ще вивчають, проте вважають, що це перспективний метод для скринінгових обстежень груп ризику.

Нині вивчають також діагностичну цінність визначення в калі маркерів пухлин, до яких належать патологічні білки, а також генетичні аномалії в колоноцитах. Ці колоноцити за спеціальними методиками виділяють з калових мас і аналізують їх ДНК.

Нині також розглядають доцільність заходів хемопрфілактики: вживання аспірину та інших НСПЗП, селену і фолієвої кислоти, щодо ефективності яких є непрямі докази. Проте клінічні дослідження щодо їх доцільності у тому числі з погляду співвідношення ризик/користь ще тривають. Наразі Адміністрація харчових продуктів і ліків США схвалила цеlexоксид для застосування при САП як додатковий засіб.<sup>7</sup>

#### При підготовці матеріалу використано такі джерела:

- Larson M. V. Adenomatous polyps of the colon: surveillance and treatment. *Contemporary Internal Medicine*. 1997 Sept., 9(9).
- Bond J. H. Polyp guideline: diagnosis, treatment, and surveillance for patients with colorectal polyps. *Am. J. Gastroenterol.* 2000 Nov; 95(11):3053-63.
- Silverstain F. E., Tytgat G. N. J. *Endoscopia przewodu pocarmowego*. Krakow, Medycyna Practyczna, 1998, 372 s.
- Diseases of the Colon, Rectum and Anal Canal* / Ed. J.B. Kirshner and R. G. Shorter, Williams and Wilkins, Baltimore, 1988 726 P.

<sup>7</sup> Див. "Інгібітори ЦОГ-2 і запобігання ракові", МС т. XII, ч. 1, с. 41-45.