

*Н. А. Лагодич¹, А. В. Воробей, А. Ч. Шулейко², Е. И. Субоч³,
А. С. Портянко³*

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОЛИПАХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

¹ Минская областная клиническая больница, Беларусь;

*² Институт повышения квалификации и переподготовки
кадров здравоохранения УО «Белорусский государственный
медицинский институт», г. Минск*

*³ Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской
радиологии им. Н. Н. Александрова, г. Минск, Беларусь*

Ключевые слова: полипы, толстая кишка, генетика, полипэктомия, колпроктэктомия.

N. A. Lahodzich¹, A. V. Varabei, A. Ch. Shuleika², A. I. Subach³, A. S. Portyanko³
**TREATMENT AND DIAGNOSTIC MANAGEMENT FOR MULTIPLE
COLON POLYPS**

¹ Minsk Regional Clinical Hospital, Lesnoy, Belarus;

² Belarusian State Medical University, Minsk;

³ N. N. Alexandrov National Cancer Centre of Belarus, Lesnoy, Belarus

Keywords: polyps, colon, genetics, polypectomy, colproctectomy.

Актуальность. Ведение пациентов с полипозными синдромами является сложной задачей. Высокая вероятность развития злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта диктует необходимость проведения постоянного эндоскопического наблюдения и хирургического / эндоскопического вмешательства для предотвращения развития рака или выявления опухоли на ранней стадии. В настоящее время существует неопределенность в отношении интервалов наблюдения и оптимального эндоскопического и хирургического лечения [1]. Исследования по лечению аденоматозных полипов двенадцатиперстной кишки при полипозных синдромах немногочисленны, что объясняет, почему в настоящее время нет рекомендаций по лечению дуоденальных аденом [1, 2]. Хирургический метод лечения (колэктомия, колпроктэктомия) считается золотым стандартом при аденоматозных полипозных синдромах, обусловленных наличием патогенных мутаций в генах, однако у 25 % пациентов, перенесших колэктомию с наложением илеоректального анастомоза, через 20 лет после операции возникает дисплазия высокой степени и рак в анальной переходной зоне и подвздошном резервуаре [3–5]. В настоящее время нет достаточной информации, чтобы определить наиболее подходящий способ лечения полипов в оставшейся части прямой кишки или илеорезервуаре, а также установить соответствующий интервал между эндоскопическими обследованиями. Некоторым пациентам с MUTYH-ассоциированным полипозом (МАР) или ослабленными формами семейного аденоматозного полипоза толстой кишки (САП) может не потребоваться профилактическая операция до гораздо более позднего возраста. Рассматриваются варианты, когда колэктомия с наложением илеоректоанастомоза может быть выполнена вместо колпроктэктомии с наложением илеорезервуарно-анального анастомоза. Сроки и тип операции у пациентов с семейным аденоматозным полипозом или полипозом, связанным с мутацией в MUTYH гене, должны обсуждаться мультидисциплинарно с учетом пола (фертильности), количества полипов, степени поражения прямой кишки, локализацией мутации [1, 6].

Цель: определение выбора метода лечения у пациентов с множественными полипами в толстой кишке.

Материалы и методы. Исследование проводили на базе УЗ «Минская областная клиническая больница» в период с 2017 по 2024 гг. Критерии включения пациентов в исследование: наличие не менее 10 полиповидных аденоматозных образований в толстой кишке, верифицированных морфологически; наличие 5 и более зубчатых образований проксимальнее прямой кишки размером не менее 5 мм, из которых 2 и более размером ≥ 10 мм либо более 20 зубчатых образований на всём протяжении толстой кишки, 5 из которых расположены проксимальнее прямой кишки, верифицированных морфологически; наличие полиповидных образований в тонкой и/или толстой кишке, верифицированных морфологически, вне зависимости от количества, ассоциированных с внекишечными новообразованиями. Всем паци-

ентам ($n = 262$) проводили молекулярно-генетическое обследование на выявление мутаций в ассоциированных генах. Удаление новообразований проводили на видеозендоскопической системе высокого разрешения с процессором ЕРК-і7010 (Pentax Ltd., Токио, Япония) и эндоскопами с дополнительным каналом подачи воды. В качестве высокочастотного генератора использовали VАІО 200S (ERBE Co. Ltd., Германия) в режиме: Endocut-Q, эффект 3, время разреза 2, интервал разреза 3. Просвет кишки заполняли водой с помощью эндоскопического промывочного насоса OFP-2 (Olympus, Япония) со скоростью потока воды по дополнительному каналу 230 мл/мин. В зависимости от размера полипа диаметр диатермической петли составлял 10, 15, 20 мм. Характеристику формы полипа проводили согласно Парижской классификации эпителиальных неоплазий пищеварительного тракта. Для выполнения эндоскопического удаления полипов верхних отделов пищеварительного тракта вмешательство проводили с анестезиологическим пособием (внутривенная анестезия или эндотрахеальный наркоз), на нижних отделах — внутривенная анестезия или без анестезиологического пособия.

Результаты. Выбор объема лечения определяли следующими факторами: наличие герминальных мутаций в генах, ассоциированных с развитием полипозных синдромов, клиническая форма, степень дисплазии, возраст, наличие сопутствующей патологии.

По результатам молекулярно-генетических исследований частота выявления патогенных вариантов составила 22,5 % (59/262). В подавляющем большинстве мутации обнаружены в гене APC — 19,4 % (49/262). Всего выявлено 35 патогенных и вероятно-патогенных вариантов в генах APC, MUTYH, STK11, SMAD4. Среди выявленных герминальных мутаций в гене APC 12 из 29 вариантов отсутствовали в международных базах данных NCBI (National Center for Biotechnology Information) и были зарегистрированы.

При выявлении патогенных/вероятно патогенных вариантов в ассоциированных генах (APC и MUTYH) и классической форме САП (более 100 аденоматозных полипов) основным методом лечения было хирургическое вмешательство в объеме колпроктэктомии. В случае аттенуированной формы САП (10–100 аденоматозных полипов) лечебная тактика и дальнейшее наблюдение определялись индивидуально. При отсутствии признаков малигнизации и верифицированной дисплазии высокой степени, отсутствии увеличения количества новообразований между двумя контрольными эндоскопическими обследованиями выполняли колоноскопии и эзофагогастрододеноскопии с эндоскопической полипэктомией 1 раз в 6–12 месяцев.

При отсутствии мутаций в ассоциированных генах проводили эндоскопическое удаление новообразований во время колоноскопии, при необходимости в несколько этапов, с дальнейшим динамическим наблюдением через 6 месяцев, 1 год, 2 года, 3 года при условии отсутствия новообразований во время контрольной колоноскопии.

Выводы. Выбор метода лечения пациентов с множественными полипами в толстой кишке зависит от ряда факторов. За период наблюдения за пациентами после проведенного комплексного обследования и лечения, в том числе после хирургического вмешательства, не было выявлено случаев злокачественных новообразований в толстой или двенадцатиперстной кишке.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Endoscopic management of polyposis syndromes: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline* / M. Leerdam [et al.] // *Endoscopy*. – 2019. – Vol. 51, № 9. – P. 877–895.
2. *The role of endoscopy in ampullary and duodenal adenomas* / K. Chathadi [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* – 2015. – Vol. 82, № 5. – P. 773–781.
3. *Pouch adenomas in Familial Adenomatous Polyposis after restorative proctocolectomy* / A. Zahid [et al.] // *Int. J. Surg.* – 2015. – № 13. – P. 133–136.
4. *Adenocarcinomas after prophylactic surgery for familial adenomatous polyposis* / J. Smith [et al.] // *J. Cancer Ther.* – 2013. – Vol. 4. – P. 260–270.
5. *Incidence and risk factors of cancer in the anal transitional zone and ileal pouch following surgery for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis* / G. Cosquer [et al.] // *Cancers*. – 2022. – Vol. 14, № 3. – P. 530–556.
6. *Endoscopic surveillance in patients with multiple (10–100) colorectal polyps* / F. Valentin [et al.] // *Endoscopy*. – 2016. – Vol. 48, № 1. – P. 56–61.