

## Рецидивные гиперпластические полипы: выбор метода лечения (сообщение о случае, дискуссия)

Т.В. Коваленко, А.А. Будзинский

Медицинский центр Банка России, Москва

Гиперпластические полипы (ГП), по данным литературы, составляют от 30 до 93% всех доброкачественных эпителиальных образований желудка. Мужчины и женщины болеют одинаково часто, особенно в пожилом возрасте. ГП, как правило, имеют размер до 2 см, располагаются на широком основании или на ножке. Они могут быть единичными (обычно в антруме) или множественными. Множественные гиперпластические полипы также обнаруживаются при болезни Менетрие. ГП редко имеют какие-либо симптомы; иногда это могут быть кровотечения, еще реже обструкция пилоробульбарной зоны [1, 2].

При гистологическом исследовании выявляется пролиферация поверхностного покровно-ямочного эпителия, выстилающего удлиненные, деформированные ямки, проникающие глубоко в собственную пластинку слизистой оболочки. Эти изменения появляются вследствие гиперрегенерации в ответ на хроническое воспаление. В гиперпластических полипах могут быть пилорические железы, главные и париетальные клетки, а также очаги кишечной метаплазии. Иногда наблюдается эрозирование поверхности. Гистологические характеристики отчасти сходны с гамартомами и воспалительными изменениями.

Формирование полипа имеет четкую связь с хроническим гастритом, хеликобактерной инфекцией, пернициозной анемией, реактивным или химическим гастритом в тканях, окружающих язвы, эрозии или гастроэнтероанастомозы [7, 8]. Почти 80% ГП регрессируют после эрадикации *H. pylori*, проводимой в обязательном порядке перед эндоскопической полипэктомией [9–11].

Гиперпластические полипы редко озлокачиваются напрямую через неопластические изменения в полипе, но существует повышенный риск развития синхронного рака в другом отделе желудка на фоне патологически измененной слизистой оболочки [15]. Наличие истинной дисплазии в ГП спорно, по опубликованным сообщениям частота ее варьирует от 1,9 до 19%, а случаи аденокарциномы встречались в 0,6–2,1% наблюдений [1, 11–21]. Чаше малигнизация происходит в полипах размером более 2 см и имеющих ножку, од-

нако инвазия в мышечный или серозный слой встречается редко [22]. Риск возникновения аденокарциномы в окружающей слизистой оболочке выше, чем в самом полипе, поэтому у пациентов с ГП необходима множественная биопсия слизистой оболочки из всех отделов желудка с определением стадии гастрита. Следует подчеркнуть, что удаление ГП не уменьшает риск развития аденокарциномы на фоне гастрита.

Существуют противоречия относительно того, надо ли выполнять биопсию или полностью удалять полип, т.к. при биопсии возможно пропустить фокусы дисплазии в ГП. Ряд авторов рекомендует удаление всех маленьких полипов, а из очень крупных, не подходящих для эндоскопического удаления, периодически брать биопсию. Другие рекомендуют удалять только большие ГП, поскольку рак развивается обычно в более крупных полипах, а сама по себе полипэктомия может иметь ряд осложнений. Наблюдение за ГП если они не удалялись (из-за большого их количества или размера) возможно безопаснее, чем множественная полипэктомия, однако на сегодняшний день нет рандомизированных исследований, подтверждающих преимущество того или иного подхода. Возможно выполнение повторной гастроскопии через 1 год, последующее эндоскопическое наблюдение не рекомендуется ввиду отсутствия доказательств его эффективности при ГП. При этом нельзя забывать о наличии у пациента хронического гастрита и дальнейшее наблюдение необходимо строить в зависимости от выраженности заболевания по классификации OLGA – Operative Link on Gastritis Assessment (M. Rugge 2008).

В случаях выявления дисплазии тяжелой степени или карциномы показана субтотальная гастрэктомия или, как минимум, эндоскопическая мукозэктомия, с последующим эндоскопическим контролем с интервалом от 1 года до 3 лет.

Руководство по лечению полипов желудка Британской гастроэнтерологической ассоциации рекомендует следующее.

Следует выполнять биопсию из гиперпластического полипа, а также тщательно обследовать всю слизистую оболочку желудка на предмет выявления других



патологических изменений. При обнаружении таковых необходима прицельная биопсия (уровень рекомендаций В).

Обязателен тест для выявления *H. pylori* и при положительном результате – проведение эрадикационной терапии (уровень рекомендаций А) [23].

Особый интерес вызывают полипы, повторно возникающие после полипэктомии, в т.ч. неоднократно. Иногда вновь образовавшийся полип по размеру превосходит ранее удаленный. Известны случаи трансформации гиперпластического полипа в аденоматозный, вплоть до появления тяжелой дисплазии. В зарубежной литературе никаких публикаций на эту тему не найдено. По данным отечественных авторов, вне зависимости от гистологического строения повторный рост полипа отмечается от 0,9% (А.А. Соколов, 1984) до 12,4% (В.Н. Сотников, 2005). Статистических данных по случаям рецидивирования только гиперпластических полипов не найдено.

В отечественной практике наибольший опыт по эндоскопическому лечению полипов накоплен на кафедре эндоскопии РМАПО. Согласно методическому пособию, разработанному коллективом авторов под редакцией проф. В.Н. Сотникова, различают рецидивные полипы (возникшие через 5 и более лет после удаления) и резидуальные (продолженный рост в первые 5 лет после удаления). Также выделяют вновь образованные полипы, возникшие вне зоны эндоскопического удаления. ГП относятся к опухолеподобным образованиям, т.к. они состоят из покровно-ямочного эпителия без признаков атипии. Малигнизации этих образований, составивших 67 % всех наблюдений за 25 лет, не отмечено [24].

Резидуальный полип имеет следующие эндоскопические характеристики: широкое основание, небольшая высота, бугристая поверхность, белесоватый оттенок, повышенная плотность опухоли, отсутствие ножки, конвергенция складок слизистой оболочки желудка к основанию полипа, пониженная кровоточивость тканей после электроэксцизии.

Для лечения больных с резидуальными полипами авторами учебного пособия (кафедра эндоскопии РМАПО) разработан комбинированный эндоскопический способ, включающий электрохирургические и медикаментозные вмешательства, выполняемые в определенной последовательности.

Первоначально – электроэксцизия полипа по фрагментам. На следующем этапе комбинированного электрохирургического вмешательства мелкие участки полипозной ткани и край дефекта, сформировавшегося в результате удаления резидуального полипа, коагулируют шариковым электродом до образования струпа с белесоватым оттенком. В край дефекта и участки, возвышавшиеся над ожоговым струпом, по гибкой эндоскопической игле вводят 3–4 мл 96% спирта.

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациентка Ш., 63 лет. При эндоскопическом исследовании в препилорическом отделе желудка выявлен гиперпластический полип размером 2,5 см. Выполнена эндоскопическая полипэктомия. При контрольной гастроскопии через 6 месяцев выявлен рецидивный рост полипа (рис. 1). По данным эндосонографии, признаков инвазивного роста не выявлено (рис. 2). Учитывая быстрый рост полипа, коллегиально принято решение удалить его путем диссекции в подслизистом слое, что и было выполнено, за исключением центра полипа, где имела деформация подслизистого слоя. Центральная часть новообразования, рубцово-измененный участок, где имела зона фиксации подслизистого слоя, удалили диатермической петлей (рис. 3).

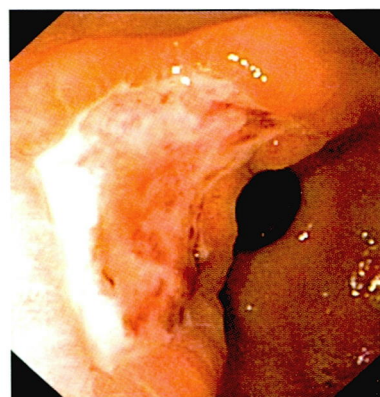


Рис. 1. Резидуальный полип препилорического отдела желудка

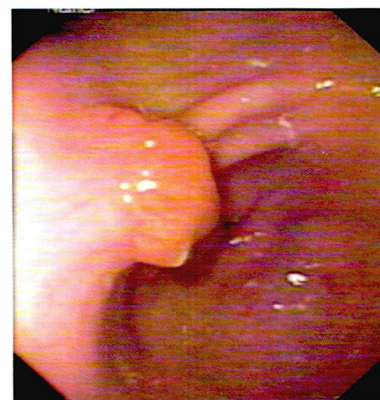


Рис. 2. Эндосонография полипа: инвазивного роста не выявлено. Отмечается деформация подслизистого слоя в центральной части

В связи с отсутствием достоверных доказательных данных о преимуществах того или иного подхода в лечении гиперпластических полипов на заседании Московского эндоскопического общества были предложены вопросы для дискуссии.

*Возможна ли трансформация гиперпластического полипа в аденоматозный с последующей малигнизацией?*

*Необходимо ли удаление гиперпластических полипов?*





Рис. 3. Ожоговая поверхность после эндоскопического удаления полипа путем диссекции подслизистого слоя краев и петлевой электроэксцизии центральной части

*Какие методики удаления рецидивных (резидуальных) полипов оптимальны?*

- петлевая электроэксцизия (единым блоком или фрагментами);
- эндоскопическая мукозэктомия;
- диссекция в подслизистом слое;
- дополнительные методы воздействия по краю резекции (аргоноплазменная коагуляция, диатермокоагуляция, введение 96% этанола);
- хирургическая операция.

**Выступавшие поделились опытом лечения данной патологии и высказали свое мнение.**

*Д.м.н. Е.Д. Федоров (РГМУ, 31 ГКБ г. Москвы):*

Безусловно, гиперпластические полипы требуют удаления, поскольку в 15–20% случаев в их тканях находят аденоматозные структуры и, следовательно, возможно возникновение малигнизации. Отдельной группой выделяются рецидивирующие (иногда многократнорецидивирующие) гиперпластические полипы выходного отдела желудка, как правило, возникающие у немолодых женщин на фоне массивного рефлюкса желчи в желудок из двенадцатиперстной кишки. Их структура обычно состоит из фиброзированных тканей (типа омололости). Их можно не удалять. Операцией выбора в случаях рецидивирующих полипов является подслизистая диссекция с окружающими тканями.

*Проф. Никифоров П.А. (каф. гастроэнтерологии и эндоскопии ФУВ УДП, 51 ГКБ):*

Гиперпластические полипы следует удалять в случаях их быстрого роста и развития таких осложнений как кровотечение. Мы имеем большой материал по динамическому наблюдению за больными с полипами, но он требует анализа и оценки. В ближайшее время мы доложим на обществе наш материал и результаты по этой проблеме.

*К.м.н. Коробкин С.В. (врач-эндоскопист «Мосин-центр» ГлавУПДК МИД РФ):*

Мы стремимся по тем же причинам, которые изложил доктор Федоров Е.Д., удалять все полипы, независимо от их гистологического строения. И, конечно, чем радикальнее мы делаем это, тем меньше шансов на их рецидивирование. И, конечно, нельзя удалять бесконечно, следует помнить о возможности проведения хирургического вмешательства.

*Д.м.н. Белова Г.В. (МЦ Банка России):*

Следует подчеркнуть важность проведения антихеликобактерной терапии до удаления полипов, ибо в случае ее успешности в большинстве случаев полипэктомия может не понадобиться.

*Заключение председателя А.А. Будзинского.*

В конце семидесятых годов в журнале «Endoscopy» был проведен круглый стол по этой проблеме и из 5 приглашенных специалистов 4 высказались за активную тактику по отношению с новообразованиям желудка и лишь один – за выжидательное ведение этих пациентов с динамическим контролем. Надо согласиться с мнением большинства специалистов о необходимости удаления всех новообразований желудка, поскольку только после гистологического исследования всего патологического очага можно точно судить о его строении. По-видимому, при рецидивных полипах подслизистая диссекция является операцией выбора как наиболее радикальная, однако необходимо помнить об осторожности ее проведения в подобных случаях из-за развития в подслизистом и мышечном слоях рубцовых изменений и повышения опасности перфорации.

## ЛИТЕРАТУРА

- Al-Haddad M, Ward EM, Bouras EP, et al. Hyperplastic polyps of the gastric antrum in patients with gastrointestinal blood loss. *Dig Dis Sci* 2007;52:105–9.
- Kumar A., Quick CR, Carr-Locke DL et al. Prolapsing gastric polyp: an unusual cause of gastric outlet obstruction. *Endoscopy*, 1996; 28:452
- Stolte M, Stich T, Eidt S, et al. Frequency, location and age and sex distribution of various types of gastric polyps. *Endoscopy* 1994;26:659–65.
- Morais DJ, Yamanaka A, Zeitun JM, et al. Gastric polyps: a retrospective analysis of 26,000 digestive endoscopies. *Arq Gastroenterol* 2007;44:14–17.
- Borch K, Skarsgard J, Franzen L, et al. Benign gastric polyps: morphological and functional origin. *Dig Dis Sci* 2003;48:1293.
- Stolte M. Clinical consequences of the endoscopic diagnosis of gastric polyps. *Endoscopy* 1995;27:32–7.
- Abraham SC, Singh VK, Yardley JH, et al. Hyperplastic polyps of the stomach: association with histological patterns of gastritis and gastric atrophy. *Am J Surg Pathol* 2001;25:500.
- Ohkusa T, Miwa H, Kumagai J, et al. Endoscopic, histological and serologic findings of gastric hyperplastic polyps after eradication of *Helicobacter pylori*: comparison between responder and non-responder cases. *Digestion* 2003;68:57–62.
- Ohkusa T, Takashimizu I, Fujiki K, et al. Disappearance of hyperplastic polyps in the stomach after eradication of *Helicobacter pylori*. *A*



randomised, clinical trial. *Ann Intern Med* 1998;129:712-15.

Ji F, Wang ZW, Ning JW, et al. Effect of drug treatment on hyperplastic polyps infected with *Helicobacter pylori*: a randomized, controlled trial. *World J Gastroenterol* 2006;12:1770-3.

Ljubicic N, Banic M, Kujundzic M, et al. The effect of eradicating *Helicobacter pylori* infection on the course of adenomatous and hyperplastic gastric polyps. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999;11:727-30.

Ginsberg GG, Al-Kawas FH, Fleischer DE, et al. Gastric polyps: relationship of size and histology to cancer risk. *Am J Gastroenterol* 1996;91:714-17.

Daibo M, Itabashi M, Hirota T. Malignant transformation of gastric hyperplastic polyps. *Am J Gastroenterol* 1987;82:1016-25.

Rattan J, Arber N, Tiomny E, et al. Gastric polypoid lesions: an eight year study. *Hepatogastroenterol* 1993;40:107-9.

Dirschmid K, Platz-Baudin C, Stolte M. Why is the hyperplastic polyp a marker for precancerous condition of the gastric mucosa. *Virchows Arch* 2006;448:80-4.

Orlowska J, Pietrow D. Multifocal gastric carcinoma arising hyperplastic and adenomatous polyps. *Am J Gastroenterol* 1990;85:1629-34.

Hizawa K, Fuchigami T, Iida M, et al. Possible neoplastic transformation within gastric hyperplastic polyp. Application of endoscopic polypectomy. *Surg Endosc* 1995;9:714-18.

Zea Iriarte WL, Sekine I, Itsuno M, et al. Carcinomas in gastric hyperplastic polyps. A phenotypic study. *Dig Dis Sci* 1996;41:377-86.

Orlowska J, Jarosz D, Pachlewski J, et al. Malignant transformation of benign epithelial polyps. *Am J Gastroenterol* 1995;90:2152-9.

Cristallini E, Ascani S, Bolis G. Association between histologic type of polyp and carcinoma in the stomach. *Gastrointest Endosc* 1992;38:481-4.

Harju E. Gastric polyposis and malignancy. *Br J Surg* 1986;73:532-3.

Antonioni DA. Precursors of gastric carcinomas. *Hum Pathol* 1994;25:994.

Andrew F Goddard, Rawya Badreldin, D Mark Pritchard, Marjorie M Walker, Bryan Warren, on behalf of the British Society of Gastroenterology. The management of gastric polyps. *Gut* 2010; 59:1270-6

Эндоскопия в диагностике и лечении полипов желудка: учебное пособие / Сотников В.Н., Никишина Е.И., Дубинская Т.К., Сотников А.В., Разживина А.А.; Российская медицинская академия последипломного образования. М., 2004. 20 с.

## КОНТАКТЫ

Коваленко Татьяна Владимировна – кандидат медицинских наук, врач отделения эндоскопии МЦ Банка России.  
117593, Москва, Севастопольский пр-т, 66.  
Тел. (495) 676-82-28, e-mail: tkovalenko68@mail.ru

## First Announcement

# EUS2012

18<sup>th</sup> International Symposium on Endoscopic Ultrasonography

September 6 - 8, 2012

Saint Petersburg, Russia

### CHAIRPERSON

Thomas Roesch, M.D. (Germany)  
University Hospital Eppendorf

### VICE-CHAIRPERSON

Mikhail Korolev, M.D. (Russia)  
Mariinskaya Hospital

### SECRETARY GENERAL

Evgeny Fedorov, M.D. (Russia)  
Moscow University Hospital N 31

### PROGRAM COMMITTEE

Hiroyuki Maguchi, M.D. (Japan)  
Teine Keijinkai Hospital

Bertrand Napoleon, M.D. (France)  
Private Hospital Jean Mermoz

Michael Wallace, M.D. (U.S.A.)  
Mayo Clinic

