

УДК: 616.345-006.5-089

## СЛУЧАЙ ДИФФУЗНОГО ПОЛИПОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

<sup>3</sup>Воробей А. В. (varabeiproct@tut.by), <sup>1</sup>Батвинков Н. И. (hir1@grsmu.by),  
<sup>1</sup>Салмин Р. М. (dr.salmin@tut.by), <sup>1</sup>Калач А. Г. (kalachalevtina@mail.ru),  
<sup>1</sup>Могилевец Э. В. (emogilevec@yandex.ru), <sup>2</sup>Мицкевич В. А. (mitskevich.v@mail.ru),  
<sup>2</sup>Ждонец С. В. (trush.svetlana@mail.ru), <sup>2</sup>Пакульневич Ю. Ф. (pakulnevich@gmail.com),  
<sup>1</sup>Подберезская А. А. (asttra2@mail.ru), <sup>1</sup>Рум Т. Т. (tadevush.ru@gmail.com)  
<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь  
<sup>2</sup>УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь  
<sup>3</sup>ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Беларусь

*В статье представлен клинический случай диффузного полипоза толстой кишки. Описаны особенности клинической картины и этапы диагностического поиска. Обосновывается выполнение колопроктэктомии, с формированием J-образного тонкокишечного резервуара, илеоанального анастомоза с выведением петлевой илеостомы в качестве хирургического лечения данного пациента.*

*Литературные источники, а также собственное практическое наблюдение показали, что диффузный полипоз толстой кишки – редко встречаемая патология с неспецифической симптоматикой, для которой характерны затруднения в диагностике. Оптимальным методом дифференциальной диагностики данного заболевания является колоноскопия с биопсией. Выполнение колопроктэктомии, с формированием J-образного тонкокишечного резервуара обосновано в качестве хирургического лечения тотального полипоза толстой кишки.*

**Ключевые слова:** полипоз, полипы, полипэктомия, резекция кишки, гемиколэктомия, диффузный полипоз, тотальный полипоз, толстая кишка, множественные полипы, хирургическое лечение полипоза, колопроктэктомия, формирование резервуара.

Диффузный (тотальный) полипоз толстого кишечника – тяжелое системное заболевание, характеризующееся множественным (от 100 до 1000) поражением полипами слизистой оболочки разных отделов ободочной кишки. Диффузный полипоз является аутосомно-доминантной патологией, популяционная частота которой составляет 1 на 8000 новорожденных [6]. Наибольшее распространение и практическое значение среди неоднородной группы данной патологии имеет аденоматозная форма, которая является облигатным предраком. Установлено, что к развитию диффузного полипоза толстого кишечника приводят мутации гена аденоматозного полипоза толстой кишки APC (Adenomatous Polyposis Coli), расположенного в хромосоме 5q21. Выявлено около 500 мутаций гена APC, связанных с диффузным полипозом. Мутации в гене APC обнаруживаются в 95% случаев диффузного полипоза толстого кишечника [5, 7]. Важно, что мутации в одном аллеле гена APC наблюдаются до злокачественной трансформации клеток толстой кишки и свидетельствуют о начале процесса, ведущего к озлокачествлению. Такая информация позволяет проводить эффективную профилактику рака толстой кишки [10, 12]. В отличие от одиночных и групповых полипов, данное заболевание чаще всего поражает относительно молодых людей (средний возраст – 39 лет), при этом отмечается высокий индекс малигнизации полипов (почти 100% случаев) и выраженный семейный характер заболевания [3].

Наибольшие сложности возникают при определении оптимальной лечебной хирургической тактики. Основными клиническими проявлениями диффузного полипоза толстого кишечника являются: периодические кровотечения,

выделение большого количества слизи, неустойчивый стул, трудно поддающийся коррекции, наличие множественных полипов в кишке [6]. Большие полипы способны вызывать симптомы непроходимости кишечника с приступами схваткообразных болей. Большинство случаев протекает бессимптомно, поэтому решающее значение в диагностике полипоза имеют колоноскопия, ректороманоскопия, рентген-контрастные исследования [2].

По данным литературы, основным методом лечения одиночных или множественных (но без поражения всех отделов) полипов толстой кишки – хирургический, путем эндоскопической полипэктомии или резекции кишки, с последующим проведением контрольных исследований в послеоперационном периоде (фиброгастродуоденоскопия, фиброколоноскопия) [8, 9]. В случае диффузного (тотального) полипоза выполняются, как правило, подготовительные этапные эндоскопические полипэктомии, а затем – субтотальная либо тотальная колопроктэктомия. Однако они имеют свои отрицательные стороны. Этапные эндоскопические полипэктомии сопряжены с существенным риском перфорации толстой кишки. Тотальная колопроктэктомия – радикальный метод лечения, однако заканчивается формированием пожизненной илеостомы, что приводит к инвалидизации пациента. В то же время оставленный для формирования илеоректального анастомоза участок прямой кишки при субтотальной колэктомии может стать источником рецидива полипов и привести к развитию рака прямой кишки. Так происходит у 7-17% пациентов уже в течение первых 5 лет после подобных операций [4, 8, 9, 11].

В литературе приводятся результаты следу-

ющих вариантов хирургического лечения тотального полипоза толстой кишки как наиболее приемлемых: колопротэктомию с выведением постоянной илеостомы, колэктомия с удалением ректальной слизистой и илеоанальным анастомозом, субтотальная колэктомия с формированием илеоректальных (в том числе резервуарных) анастомозов [1, 6].

Согласно материалам клиники им. А. И. Коженикова НОКБ им. Н. А. Семашко, где был проведен анализ за последние 10 лет, пациенты с диагнозом диффузный (тотальный) полипоз встречались в 0,83% случаев среди всех пациентов с полипами толстой кишки [1]. По их данным, в этих случаях следует отдавать предпочтение операциям с формированием резервуарных илеоректальных (илеоанальных) анастомозов. В качестве успешного лечения пациентам с диффузным полипозом в 18% случаев была выполнена колопротэктомию с формированием J-резервуарного илеоанального анастомоза, остальным (82%) – колопротэктомию с наложением илеостомы. У последних пациентов причиной отказа от наложения анастомоза была сопутствующая терапевтическая патология и (или) неудовлетворительная функция запирающего аппарата, и (или) короткая тонкая кишка, резецированная ранее [1].

Другими хирургами (Кузьминов А. М. и др., 2012) также сообщается об успешном применении колопротэктомию с формированием илеоанального резервуара и временным отключением пассажа при помощи 2-ствольной илеостомы в качестве лечебной операции у пациентов с диагнозом диффузный полипоз [4].

В нашем случае пациент А., 1948 года рождения, поступил в плановом порядке в проктологическое отделение ГОКБ с жалобами на болезненность, дискомфорт, выделение слизи и небольших порций крови после акта дефекации. Согласно анамнезу заболевания, указанные жалобы беспокоили периодически в течение последних 5 лет. В амбулаторном порядке был осмотрен гематологом: кожные покровы бледно-розовые, геморрагического синдрома нет, периферические лимфоузлы не увеличены, стул оформленный, периодически – поносы, слизь и кровь в кале, диурез не нарушен. Выставлен диагноз: железодефицитная анемия (неуточненная) легкой степени. Осмотрен проктологом по месту жительства: жалобы на снижение гемоглобина, периодические поносы со слизью и примесью крови, обострение случалось примерно раз в год. При ректальном пальцевом обследовании на передней стенке прямой кишки на глубине 5-6 см установлено мягко-эластическое полиповидное образование диаметром до 2 см. Выставлен диагноз: доброкачественное новообразование прямой кишки, хронический геморрой, хроническая железодефицитная анемия легкой степени. Пациент был направлен для лечения в проктологическое отделение ГОКБ. В стационаре осмотрен проктологом: состояние удовлетворительное, периферические лимфоузлы не определяются, кожные покровы бледно-розовые, в легких ды-

хание везикулярное, тоны сердца приглушены. Артериальное давление – 120/80, пульс – 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления в норме. Ректально – на передней стенке прямой кишки (на глубине 5-6 см) имеется мягко-эластическое полиповидное образование диаметром до 2 см. Выставлен диагноз: доброкачественное новообразование прямой кишки (основной), хронический геморрой, хроническая железодефицитная анемия легкой степени. Пациенту в стационаре выполнена колоноскопия: толстая кишка осмотрена во всех отделах, до купола слепой кишки. Слизистая местами эрозирована, тотально, начиная от прямой кишки, до купола слепой кишки густо усеяна разновеликими полипами 0,3-0,4 см в диаметре на широком основании, и полипами до 3-4 см на ножке. В просвете остатки содержимого с примесью свежей крови. Заключение: диффузный полипоз толстой кишки (рис. 1).

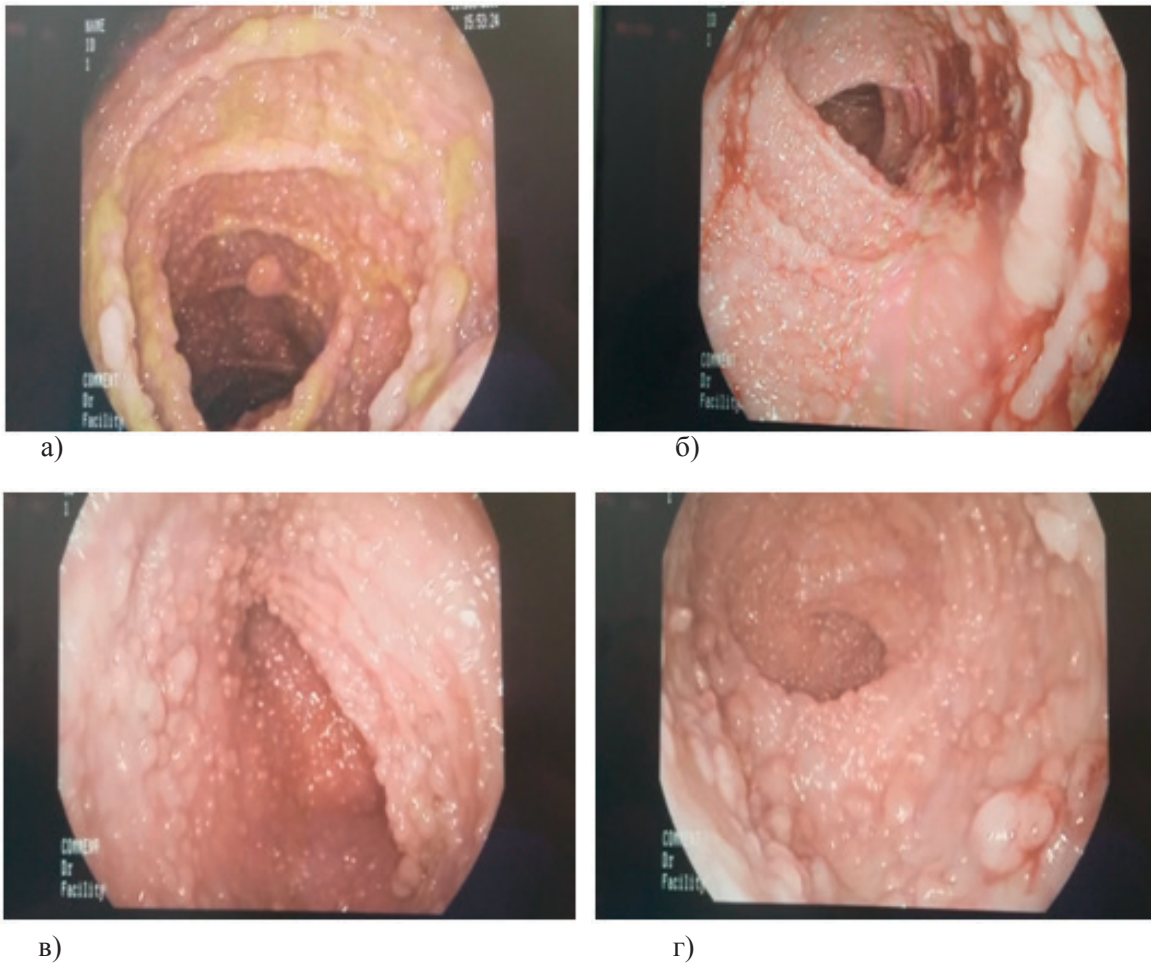
Выполнено УЗИ органов брюшной полости. Печень – размеры не увеличены, контуры ровные, эхоструктура однородная, мелкозернистая, эхогенность паренхимы в норме, очаговых образований нет. Брюшной отдел аорты – на уровне бифуркации 17 мм. Желчный пузырь – в просвете мелкая плавающая взвесь, размеры в норме, стенки уплотнены. Внутривенные протоки не расширены. Поджелудочная железа по форме и размерам сохранена, контуры ровные, эхоструктура однородная, эхогенность в норме. Вирсунгов проток не расширен.

Учитывая жалобы, анамнез заболевания, результаты осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования, а также рекомендации смежных специалистов, принято решение провести хирургическое лечение. Запланирована операция: колопротэктомию с формированием J-образного тонкокишечного резервуара, илеоанального анастомоза с выведением петлевой илеостомы (рис.2).

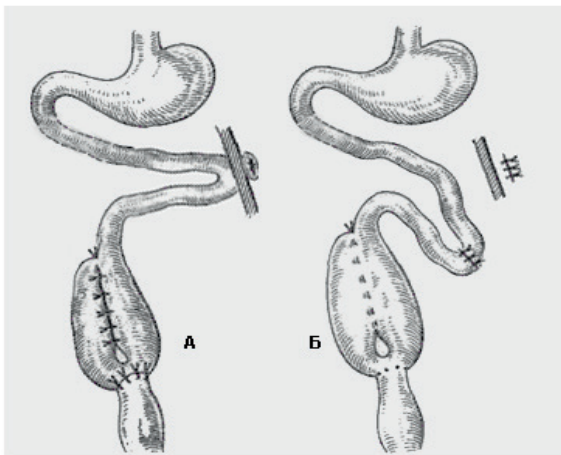
#### *Ход операции*

Под интубационным наркозом после обработки операционного поля выполнена тотальная срединная лапаротомия. При интраоперационной ревизии факторов, препятствующих выполнению колопротэктомию, не установлено. При ревизии по всей толстой кишке пальпируются множественные полипы, в нижнеампулярном отделе выявлен полип 3\*2 см с плотным основанием. Признаков метастазирования не обнаружено.

Произведена мобилизация и резекция ободочной кишки с высокой перевязкой и лигированием нижнебрыжеечных сосудов, мезоректумэктомия по Heild. Культи анального канала сформирована линейным степлером типа УКЛ. Из терминального отдела подвздошной кишки сформирован J-резервуар с использованием монофиламентной нити. Наложены резервуаро-анальный анастомоз циркулярным степлером диаметром 28 мм. Частично восстановлена париетальная брюшина. В левом мезогастрии сфор-



**Рисунок 1.** – Данные эндоскопического исследования всех отделов ободочной кишки  
 а – восходящий отдел ободочной кишки; б – поперечноободочная кишка;  
 в – нисходящий отдел ободочной кишки; г – сигмовидная кишка



**Рисунок 2.** – Колпроктэктомия с формированием J-образного тонкокишечного резервуара, илеоанального анастомоза с выведением петлевой илеостомы

А – сформирован илеоректальный анастомоз и тонкокишечный резервуар из удвоенной петли подвздошной кишки с разгрузочной илеостомой (первый этап); Б – ликвидирована илеостома (второй этап).

мирована петлевая илеостома, шинирована зондом. Введены две дренажные трубки в боковые каналы и малый таз. Произведена оментопла-

стика с последующим ушиванием раны.

Диагноз после операции: диффузный полипоз толстой и прямой кишки. Макроскопическое исследование препарата: ободочная и прямая кишка с множеством полипов от 0,5 до 3 см.

Патогистологическое заключение: воспалительно-аденоматозный, пролиферирующий полип толстой кишки с кистозно-расширенными просветами желез, выстланных однорядным цилиндрическим эпителием с признаками дисплазии II степени, умеренной клеточной инфильтрацией. В строме повышена васкуляризация, отек, инфильтрация лимфоцитами, без признаков атипии.

### Выводы

1. Диффузный (тотальный) полипоз толстой кишки – редкое заболевание с неспецифической симптоматикой, основным методом дифференциальной диагностики которого является колоноскопия с биопсией.

2. Операцией выбора в качестве радикального и эффективного хирургического лечения диффузного полипоза толстой кишки, при отсутствии противопоказаний следует считать колпроктэктомию с формированием J-образного тонкокишечного резервуара и наложением временной петлевой илеостомы.



## Литература

1. Абелевич, А. И. Хирургическая тактика при неопластических полипах и полипозе толстой кишки / А. И. Абелевич // Онкология. – 2011. – № 5 (18). – С. 89.
2. Григорьев, П. Я. Клиническая гастроэнтерология / П. Я. Григорьев, А. В. Яковенко // Гастроэнтерология. – 2004. – №3. – С. 318-319.
3. Наш опыт формирования тонкокишечных резервуаров при хирургическом лечении заболеваний толстой кишки / П.Ф. Гюльмамедов [и др.] // Госпитальная хирургия. – 2005. – №1. – С. 52-54.
4. Кузьминов, А. М. Оценка качества жизни больных семейным аденоматозом толстой кишки, перенесших операции с сохранением анальной дефекации / А. М. Кузьминов, Ю. Ю. Чубаров, Л. Ф. Подмаренкова, Д. В. Вышегородцев // Колопроктология. – 2012. – №4 (42). – С. 22-26.
5. Чиссов, В. И. Злокачественные новообразования в России в 2010 году: заболеваемость и смертность / В. И. Чиссов // ФГБУ МНИОИ им. П.А. Герцена. – 2012. – №1. – С. 17-136.
6. Юхтин, В.И. Хирургия ободочной кишки / В.И. Юхтин // Хирургия. –1998. – №1. – С. 153.
7. Bretthauer, M. Evidence for colorectal cancer screening / M. Bretthauer // Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 24 (4). – P. 417-425.
8. Church, J. Risk of rectal cancer in patients after colectomy and ileorectal anastomosis for familial adenomatous polyposis / J. Church, C. Burke, E. McGannon // Dis. Colon Rectum. – 2003. – Vol. 46, № 9. – P. 1175-1181.
9. Guilherme, C. F. Evaluating causes of death in familial adenomatous polyposis / C. F. Guilherme, P. R. Oliva, I.A. Rocco // J. Gastrointest. Surg. – 2010. – Vol. 14, № 12. – P. 1943-1949.
10. He, Q. Development of a multiplex MetyLight assay for the detection of multigene methylation in human colorectal cancer / Q. He, H. Chen // Cancer Genet. Cytogenet. – 2010. – Vol. 202 (1). – P. 1-10.
11. Moussata, D. Frequency and severity of ileal adenomas in familial adenomatous polyposis after colectomy / D. Moussata, S. Nancey, M.G. Lapalus // Endoscopy. – 2008. – Vol. 40, № 2. – P. 120-125.
12. Sumoto, R. Novel missens mutation on the UGT 1A1 gene in the siblings with Gilbert's syndrome / R. Sumoto, V. Laosombat, A.N. Sadeva // Pediatr. Int. – 2002. – Vol. 44 (4). – P. 427-432.

## Literatura

1. Abelevich, A.I. Hirurgicheskaya taktika pri neoplasticheskikh polipah i polipoze tolstoj kishki / A. I. Abelevich // Onkologiya. – 2011. – № 5 (18). – S. 89.
2. Grigor'ev, P. Ya. Klinicheskaya gastroehnterologiya / P. Ya. Grigor'ev, A. V. Yakovenko // Gastroehnterologiya. – 2004. – №3. – S. 318-319.
3. Nash opyt formirovaniya tonko kishhechnyh rezervuarov pri hirurgicheskom lechenii zabolevanij tolstoj kishki / P. F. Gyl'mamedov [i dr.] // Gospital'nayahirurgiya. – 2005. – №1. – S. 52-54.
4. Kuz'minov, A.M. Ocenka kachestva zhizni bol'nyh semejnym adenomatozom tolstoj kishki, perenessih operacii s sohraneniem anal'noj defekacii / A. M. Kuz'minov, Yu. Yu. Chubarov, L. F. Podmarenkova, D. V. Vyshegorodcev // Koloproktologiya. – 2012. – №4 (42). – S. 22-26.
5. Chissov, V.I. Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2010 godu: zabolevaemost' i smertnost' / V. I. Chissov // FGBU MNIOI im. P.A. Gercena. – 2012. – № 1. – S. 17-136.
6. Yuhtin, V. I. Hirurgiya obodochnoj kishki / V. I. Yuhtin // Hirurgiya. –1998. – № 1. – S. 153.
7. Bretthauer, M. Evidence for colorectal cancer screening / M. Bretthauer // Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 24 (4). – P. 417-425.
8. Church, J. Risk of rectal cancer in patients after colectomy and ileorectal anastomosis for familial adenomatous polyposis / J. Church, C. Burke, E. McGannon // Dis. Colon Rectum. – 2003. – Vol. 46, № 9. – P. 1175-1181.
9. Guilherme, C.F. Evaluating causes of death in familial adenomatous polyposis / C.F. Guilherme, P.R. Oliva, I.A. Rocco // J. Gastrointest. Surg. – 2010. – Vol. 14, №12. – P. 1943-1949.
10. He, Q. Development of a multiplex MetyLight assay for the detection of multigene methylation in human colorectal cancer / Q. He, H. Chen // Cancer Genet. Cytogenet. – 2010. – Vol. 202 (1). – P. 1-10.
11. Moussata, D. Frequency and severity of ileal adenomas in familial adenomatous polyposis after colectomy / D. Moussata, S. Nancey, M.G. Lapalus // Endoscopy. – 2008. – Vol. 40, № 2. – P. 120-125.
12. Sumoto, R. Novel missens mutation on the UGT 1A1 gene in the siblings with Gilbert's syndrome / R. Sumoto, V. Laosombat, A. N. Sadeva // Pediatr. Int. – 2002. – Vol. 44 (4). – P. 427-432.

## DIFFUSE POLYPOSIS OF LARGE INTESTINE

<sup>3</sup>Vorobej A. V., <sup>1</sup>Batvinkov N. I., <sup>1</sup>Salmin R. M., <sup>1</sup>Kalach A. G., <sup>1</sup>Mahiliavets E. V., <sup>2</sup>Mickevich V. A., <sup>2</sup>Zhdonetc C. B., <sup>2</sup>Pakulnevich Yu. F., <sup>1</sup>Podberyozskaya A. A., <sup>2</sup>Rum T. T.

<sup>1</sup>Educational Establishment "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

<sup>2</sup>Healthcare Institution "Grodno Regional Clinical Hospital", Grodno, Belarus

<sup>3</sup>State Educational Establishment "Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education", Minsk, Belarus

*The article presents a clinical case of diffuse polyposis in the large intestine. The peculiarities of clinical presentation and the stages of diagnosis are described. Colproctectomy with the formation of J-shaped enteric reservoir, ileoanal anastomosis with the creation of loop ileostoma is found to be effective as a surgical treatment of this patient.*

*Bibliographical search as well as our own practical observation showed that diffuse polyposis of the large intestine is a rare disorder with non-specific symptomatology, which is characterized by difficulties in diagnostics. The optimal method of differential diagnosis is colonoscopy with biopsy. Colproctectomy with the formation of J-shaped enteric reservoir is found to be effective as a surgical treatment of total polyposis in the large intestine.*

**Keywords:** polyposis, polyps, polypectomy, bowel resection, hemicolectomy, diffuse polyposis, total polyposis, large intestine, multiple polyps, surgical treatment of polyposis, colproctectomy, formation of reservoir.