

# ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ: СТРУКТУРА, ТАКТИКА, ПРОГНОЗ

Денисова А. Б.<sup>1</sup>, Жегалов П. С.<sup>2</sup>, Самойленко А. В.<sup>1</sup>, Мелкомуков В. А.<sup>1</sup>, Антипенко Н. Е.<sup>1</sup>,  
Гомбоев Б. Г.<sup>1</sup>, Полежаев С. А.<sup>1</sup>, Язикова Ю. В.<sup>1</sup>, Иванова Ю. А.<sup>3</sup>, Королькова П. А.<sup>3</sup>, Талалуев В. Н.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Врач, КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

<sup>2</sup> Зав. отд.; КГБУЗ «Краевая клиническая больница», эндоскопическое отделение

<sup>3</sup> Орд., ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

г. Красноярск



■ Денисова А. Б.



■ Жегалов П. С.



■ Самойленко А. В.



■ Мелкомуков В. А.



■ Гомбоев Б. Г.



■ Язикова Ю. В.



■ Антипенко Н. Е.

## Введение

Одной из наиболее актуальных проблем современной эндоскопии и колопроктологии является качественный скрининг колоректального рака (КРР). По данным ВОЗ 2020-го года, КРР занимает третье место у мужчин и женщин по частоте, а в структуре общей онкологической заболеваемости составляет 10%[1].

Несмотря на то, что в последние годы были внедрены многочисленные программы скрининга КРР, в т. ч., в рамках диспансеризации взрослого населения (ДВН), процент выявления КРР в России на поздних стадиях остается высоким – в 2020 году рак ободочной кишки на III-IV стадиях был выявлен в 48.7% случаев, рак прямой кишки на III-IV стадиях – в 46.9%[2,3].

Как правило, КРР развивается вследствие малигнизации спорадических аденом, наиболее часто подвергаются злокачественной трансформации [4,5]. Согласно литературным данным, средняя продолжительность малигнизации аденом составляет 5-10 лет, но, очевидно, что некоторые эпителиальные образования (ЭО) имеют больший потенциал к малигнизации и требуют меньше времени для злокачественной трансформации, конкрет-

ные сроки которой неизвестны[6,7]. Более того, на момент осмотра нельзя высказать достоверно о «возрасте» образования и, соответственно, предполагать время наступления злокачественной трансформации. Кроме того, в реальных условиях не всегда существует возможность минимизировать сроки между обнаружением образования и его удалением, в некоторых учреждениях период ожидания для пациентов составляет более 12 месяцев, а четкие сроки удаления не определены. В связи с этим, возникла необходимость в анализе работы, структуры выявляемых образований с целью оценки возможных сроков малигнизации в тех случаях и выработке собственной тактики.

## Материалы и методы

Проводился ретроспективный анализ выполненных в течение 2022 года 1867 колоноскопий. Оценивались данные гистологического исследования ЭО при первичной колоноскопии, а также после удаления образований. Выделено три категории пациентов: 1) обследованные в рамках 2 этапа ДВН по результатам положительного анализа кала на скрытую кровь; 2) обратившиеся с жало-

Табл. 1. Гистологическая структура эпителиальных образований, обнаруженных при колоноскопии

Гистологический вариант	Абсолютное количество	Процентное отношение
Гиперпластический полип	962	31,2%
Тубулярная аденома	832	27%
Зубчатая аденома	751	24,4%
Тубуло-виллезная аденома	413	13,4%
Виллезная аденома	50	1,6%
Аденокарцинома	43	1,4%
Карцинома in situ	5	0,16%
Аденоматозный полип	2	0,06%

бами (снижение массы тела, дискомфорт в области живота, запоры, изменение консистенции кала, наличие крови или слизи в кале); 3) обратившиеся самостоятельно без жалоб с целью обследования. В анализ не были включены пациенты с воспалительными заболеваниями кишечника и полипозными синдромами.

#### Результаты

У 1028 обследованных пациентов было выявлено 3058 ЭО толстой кишки (в среднем 3 ЭО на пациента). Преобладали женщины – 591 человек (57,5%), а средний возраст пациентов составил 60,6 лет, при этом у мужчин – 58,7 лет, у женщин – 62,1 лет. Средняя оценка подготовки толстой кишки по Бостонской шкале составила 7,9.

Во время колоноскопии было полностью удалено 2705 образований методом «холодной петли» и щипцовой биопсии, при этом осложнений не наблюдалось. 353 ЭО не были удалены во время колоноскопии, была выполнена щипцовая биопсия, пациенты были направлены на удаление образований (образования размером более 1 см, или все ЭО типа 0-Ip по Парижской классификации). Все полученные биоптаты были направлены на патогистологическое исследование, которое позволило сформировать общую структуру гистологической картины (Табл. 1).

Наиболее частой локализацией ЭО являлась сигмовидная кишка (24%), что соответствует известным данным научных исследований [6,7,8,9]. Среди всех пациентов, у которых были диагностированы ЭО, у 48 больных (4,7%) были выявлены злокачественные новообразования (ЗНО) толстой кишки. Из них 29 женщин (58%) и 21 мужчина (42%), средний возраст пациентов – 65,3 лет (женщины – 62,9 лет, мужчины – 60,6 лет). У 40 пациентов ЗНО были выявлены непосредственно по результатам патогистологического исследования ЭО, найденных при первичной колоноскопии.

Среди них 4 пациента обратились в рамках ДВН по результатам положительного анализа кала на скрытую кровь, 28 человек обратились с характерными жалобами, 8 пациентов жалоб не предъявляли. Наиболее частая локализация ЗНО – дистальные отделы толстой кишки. У трех пациентов аденокарциномы были выявлены в двух отделах кишечника одновременно.

Хотелось бы обратить особое внимание на 8 случаев, когда во время первичной колоноскопии были выявлены эпителиальные образования, требующие удаления в условиях стационара, при этом исследование биоптатов выявило их доброкачественный характер: тубуло-ворсинчатая аденома – 6 (75%), тубулярная аденома – 1 (12,5%), ворсинчатая аденома – 1 (12,5), а по степени дисплазии:



Рис. 1-5. Примеры выявленных ЭО. Эндофото

легкая степень—4 (50%), умеренная степень—3 (37,5%), интраэпителиальная неоплазия низкой степени градации—1 (12,5%). Проводилась макроскопическая оценка образований (Рис. 1-5):

Позднее, по результатам патогистологического исследования удаленных разрезными методами образований (методом резекции слизистой/подслизистой диссекции), была выявлена их злокачественная трансформация. Размер первоначально выявленных ЭО составил от 1,2 см до 7 см. Минимальный период между диагностическим исследованием и удалением ЭО составил 1 месяц у пациента с размером опухоли 5 см, максимальный—8 месяцев у пациента с размером ЭО 2,5 см.

#### **Заключение**

В настоящее время колоноскопия является информативным методом ранней диагностики новообразований толстой кишки, который позволяет провести оценку морфологических свойств выявленных ЭО, но, к сожалению, не редки случаи, когда за время ожидания планового удаления крупных ЭО происходит их злокачественная трансформация или прогрессия злокачественного процесса.

Несмотря на известные данные об относительно длительных сроках малигнизации аденом, отмечаются случаи

более ранней злокачественной трансформации, что требует сокращения сроков ожидания для пациентов.

Срок озлокачествления может быть значительно меньше известных статистических данных, а полученный гистологический доброкачественный результат не исключает отсутствия фокусов малигнизации в других участках образования. Анализ нашей работы дал основание для необходимости формирования индивидуального подхода к пациентам: для латерально растущих опухолей удаление не должно откладываться более, чем на месяц, а максимальный период ожидания для пациентов с наличием ЭО более 1,2 см не должен превышать 8 месяцев.

Все образования на широком основании до 1,0 см могут быть безопасно удалены в амбулаторных условиях, что значительно снизит нагрузку на стационар и сократит очередь ожидания.

Требуется увеличения числа наблюдений для более четкого понимания возможных сроков ожидания для пациентов.

Возможно данный результат даст почву для проведения исследований с целью связать эндоскопические и гистологические признаки для определения «возраста» образования.

#### **Литература**

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *Global Cancer Statistics 2020 // CA Cancer J Clin.* 2021 May. № 71 (3). P. 209-249.
2. Старостин Р. А., Гатауллин Б. И., Валитов Б. Р., Гатауллин И. Г. Колоректальный рак: эпидемиология и факторы риска. // *Поволжский онкологический вестник.* 2021.
3. Макимбетов Э. К., Салихар Р. И., Туманбаев А. М., Токтаналиева А. Н., Керимов А. Д. Эпидемиология рака в мире // *Современные проблемы науки и образования.*— 2020.— № 2.
4. Агейкина Н. В., Харлова О. А., Олейникова Н. А., Мальков П. Г. и др. Диагностические критерии зубчатых образований толстой кишки // *Доктор.Ру.* 2017. № 2 (131). С. 56-62.
5. Завьялов Д. В., Кашин С. В., Видяева Н. С., Крайнова Е. А., Чаморовская А. Б. Применение узкоспектральной эндоскопии при оценке колоректальных эпителиальных опухолей малых размеров // *Доктор.Ру.* 2018. № 3 (147). С. 33-36.
6. Miyamoto, H., Oono, Y., Fu, K. et al. Morphological change of a laterally spreading rectal tumor over a short period // *BMC Gastroenterol* 13. 2013. № 129.
7. Rösch T, Altenhofen L, Kretschmann J, Hagen B, Brenner H, Pox C, Schmiegel W, Theilmeier A, Aschenbeck J, Tannapfel A, von Stillfried D, Zimmermann-Fraedrich K, Wegscheider K. Risk of Malignancy in Adenomas Detected During Screening Colonoscopy // *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2018 Nov. № 16 (11). P. 1754-1761.