

*На правах рукописи*

**САГАДЕЕВ ВАДИМ АЛЬБЕРТОВИЧ**

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ  
С ПОЛИПАМИ ЖЕЛУДКА**

**14.01.19 – детская хирургия**

**Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

**УФА – 2013**

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук  
**Сагаев Валерий Уралович**

**Официальные оппоненты:** **Рудакова Эмилия Акиндиновна**, доктор медицинских наук, профессор, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Пермская государственная медицинская академия им. Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующая кафедрой хирургии детского возраста;

**Акбашев Роберт Нагимзянович**, кандидат медицинских наук, медицинский центр «Медилайн», заведующий эндоскопическим кабинетом.

**Ведущая организация:** Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2013 г. в \_\_\_\_ часов на заседании диссертационного совета Д.208.006.02 при Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2013 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,  
доктор медицинских наук **Сергей Владимирович Федоров**

**САГАДЕЕВ ВАДИМ АЛЬБЕРТОВИЧ**

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПОЛИПАМИ ЖЕЛУДКА**

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Издательская лицензия № 06788 от 01.11.2001 г.  
ООО «Издательство «Здравоохранение Башкортостана»  
450000, РБ, г. Уфа, а/я 1293; тел./факс (347) 250-13-82.

Подписано в печать 30.10.2013 г.  
Формат 60×84/16. Гарнитура Times New Roman.  
Бумага офсетная. Отпечатано на ризографе.  
Усл. печ. л. 1,4. Уч.-изд. л. 1,5.  
Тираж 100. Заказ № 803.

## УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ПЖ – полип желудка  
 ФЭГДС – фиброэзофагогастродуоденоскопия  
 ПЭ – полипэктомия  
 ГС – группа сравнения  
 ОГ – основная группа  
 ФГ – фовеолярная гиперплазия  
 ГП – гиперпластический полип  
 АП – аденоматозный полип  
 СОЖ – слизистая оболочка желудка  
 ХГД – хронический гастродуоденит  
 NBI – narrow band imaging

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность исследования.** Полипы желудка (ПЖ) – широко распространенное заболевание, встречающееся не только у людей трудоспособного возраста, но и в детском возрасте (Сергеева Т.Н., 2009; Pashankar D., 2010).

В настоящее время обнаружение у ребенка полипа желудка при проведении фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) не является редкостью. Частота обнаружения полипов верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей, по данным отечественных и зарубежных авторов, варьирует от 0,5 до почти 3%. За последние годы число детей с данной патологией значительно возросло с 0,2 до 2,2–13% (Цветков П.М., 2002; Сосюра В.Х., 2008).

Решающее значение в выявлении полипов желудка безусловно принадлежит эндоскопии. Важнейшим достоинством ФЭГДС является возможность получения материала для гистологического исследования.

В последние годы наблюдается рост интереса к эндоскопической хромокопии, а так же к цифровой эндоскопии это связано с простотой, доступностью, безопасностью метода, существенно не влияющего на время исследования и стоимость вмешательства. Разработаны целые прикладные программы применения хромокопии в диагностике обнаружения патологии желудочно-кишечного тракта, однако такие технологии в педиатрической практике применяются редко (Филин А.В., 2004; Hamilton S., 2007).

Эндоскопическая полипэктомия (ПЭ) является основным хирургическим способом лечения больных с одиночными и множественными полипами ЖКТ (Никишина Е.И., 2004; Галимов О.В., 2007). Изучение отдаленных результатов эндоскопической полипэктомии показало ее высокую эффективность и безопасность.

По современным представлениям прогнозирование динамики развития полипов желудка у детей возможно только на основе широкомасштабных клинических испытаний, дизайн которых обеспечивает совокупную оценку влияния всех факторов риска (возраст, пол, степень выраженности N.pylori-ассоциированного

гастрита и т. д.) прогрессирования заболевания. Кроме того, до настоящего времени не ясна роль генетических детерминант в развитии полипов желудка.

Вышеизложенное свидетельствует о несомненной актуальности, теоретической и практической значимости данной проблемы и определяет целесообразность ее изучения.

**Цель исследования.** Улучшить диагностику и результаты лечения детей с полипами желудка.

#### **Задачи исследования:**

1. Определить клиническую эффективность узкоспектральной эндоскопии в диагностике и лечении полипов желудка у детей.
2. Установить информативность и диагностическую ценность эндоскопического, хромоэндоскопического методов и узкоспектральной эндоскопии в диагностике полипов желудка у детей
3. Провести сравнительный анализ клинической эффективности эндоскопической полипэктомии желудка у детей в моно- и биполярных режимах коагуляции.
4. Оценить непосредственные и отдаленные результаты лечения детей с полипами желудка в зависимости от способа оперативного лечения.

#### **Научная новизна работы:**

1. Впервые изучены особенности узкоспектральной эндоскопии у детей с полипами желудка.
2. Впервые проведен сравнительный анализ информативности эндоскопического, хромоэндоскопического методов и узкоспектральной эндоскопии в диагностике полипов желудка у детей.
3. Впервые доказаны преимущества эндоскопической полипэктомии разработанным устройством в биполярном режиме коагуляции перед полипэктомией в монополярном режиме у детей с полипами желудка.

#### **Практическая значимость полученных результатов:**

1. Изучение клинических, эндоскопических, гистологических особенностей позволяет своевременно диагностировать полипы желудка, их тип у детей и оптимизировать лечебные мероприятия.

7. Сагадеев, В.А. Роль хронического гастрита в формировании полипов желудка у детей / В.А. Сагадеев, Ж.А. Валеева // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: материалы VIII российского конгресса (20–22 октября 2009 г., Москва). – М., 2009. – С. 55.

8. Сагадеев, В.А. Диагностика и лечение полипов толстой кишки в детском возрасте / В.А. Сагадеев, Р.Р. Хасанов // Материалы X Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» и II конгресса детских врачей союзного государства. – М., 2011. – С. 412.

9. Диагностика и лечение полипов желудка у детей / В.А. Сагадеев, Л.В. Тыртышная, Г.Х. Якупова, И.Н. Огородникова // Здоровоохранение и социальное развитие Башкортостана. – 2010. – Спецвыпуск. – С. 243–245.

10. Сагадеев, В.А. Полипы желудка у детей / В.А. Сагадеев, В.У. Сатаев // Материалы 5-го съезда педиатров и детских хирургов Таджикистана. – Душанбе, 2010. – С. 275–277.

11. Сагадеев, В.А. Эндоскопическая полипэктомия из желудка у детей в биполярном режиме / В.А. Сагадеев, В.У. Сатаев, Ш.М. Хуснутдинов // **Пермский медицинский журнал**. – 2012. – Т. 29, № 4. – С. 17–21.

12. Сагадеев, В.А. Эндоскопическая диагностика и лечение полипов желудка у детей / В.А. Сагадеев, В.У. Сатаев, И.А. Мамлеев // **Медицинский вестник Башкортостана**. – 2013. – Т. 8, № 1. – С. 60–63.

#### **Патент**

1. Устройство для проведения полипэктомии желудочно-кишечного тракта в биполярном режиме коагуляции: пат. № 106096 Рос. Федерация / В.А. Сагадеев, В.У. Сатаев, А.А. Гумеров И.А., Мамлеев, Р.Р. Хасанов.

ляционного некроза, обеспечить эффективный гемостаз, снизить количество послеоперационных осложнений.

3. При отсутствии показаний к полипэктомии необходимо динамическое наблюдение и проведение курсов симптоматической терапии.

### СПИСОК РАБОТ,

#### ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Сагадеев, В.А. Оценка эффективности эндоскопического лечения детей с полипами желудка / В.А. Сагадеев, Р.Р. Хасанов // Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов XVI съезда педиатров России (16–19 февраля 2009 г., Москва). – М., 2009. – С. 33–34.

2. Сагадеев, В.А. Полипы желудка у детей / В.А. Сагадеев, Р.Р. Кулуева // Вопросы теоретической и практической медицины: материалы 74-й Республиканской научной конференции студентов и молодых ученых, посвященной Году Молодежи в России и Году поддержки и развития молодежных инициатив в Республике Башкортостан. – Уфа, 2009. – Т. 2. – С. 68–69.

3. Sagadeev, V. Treatment tactics at polyp of the stomach in children / V. Sagadeev, V. Sataev // Abstracts 4th europaediatrics (03–06/07/2009, Moscow). – Moscow, 2009. – P. 553.

4. Sagadeev, V. Diagnostic approach in children with gastrointestinal diseases / V. Sagadeev, A. Gumerov, V. Paramonov // Abstracts 4th europaediatrics (03–06/07/2009, Moscow). – Moscow, 2009. – P. 554.

5. Сагадеев, В.А. Оценка эффективности эндоскопического лечения детей с полипами желудка / В.А. Сагадеев, В.У. Сагаев, Л.В. Тыртышная // Материалы XIII международного конгресса по эндоскопической хирургии (22–24 апреля 2009 г., Москва). – М., 2009. – С. 342–343.

6. Сагадеев, В.А. Эндоскопическая диагностика и лечение полипов желудка у детей / В.А. Сагадеев // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: материалы VIII российского конгресса (20–22 октября 2009 г., Москва). – М., 2009. – С. 83.

2. Внедрение в клиническую практику узкоспектральной эндоскопии позволяет улучшить диагностику и лечение полипов желудка у детей.

3. Применение устройства для полипэктомии в биполярном режиме коагуляции позволило снизить количество послеоперационных осложнений в 2,3 раза, а так же снизить риск развития резидуального полипа в 1,75 раза, по сравнению с полипэктомией в монополярном режиме.

**Внедрение в практику.** Разработанные практические рекомендации используются в работе хирургических и эндоскопических отделений РДКБ, ГДКБ № 17 г. Уфы, а так же внедрены в учебный процесс института последипломного образования Казанского государственного медицинского университета.

**Апробация работы.** Основные теоретические положения диссертации доложены на: XI конгрессе педиатров евроазиатских стран (сентябрь 2011 г.) в г. Душанбе, Таджикистан «Эндоскопическая диагностика и лечение полипов желудка у детей», ассоциации онкологов Республики Башкортостан посвященной юбилею Г.В. Грачева 2012 год «Эндоскопическая диагностика и лечение полипов желудка у детей», ассоциации эндоскопистов Республики Башкортостан «Полипы желудка у детей» 2013 год.

#### Основные положения выносимые на защиту:

1. Узкоспектральная эндоскопия позволяет улучшить визуализацию полипа, определить степень нарушения гистоархитектоники слизистой оболочки желудка и собственно полипа, а так же определить лечебно-диагностическую тактику.

2. Информативность узкоспектральной эндоскопии при диагностике полипов желудка у детей превосходит данные рутинной эндоскопии и хромоэндоскопии.

3. Использование биполярного типа коагуляции при эндоскопической полипэктомии способствует улучшению результатов лечения и уменьшению количества послеоперационных осложнений.

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 12 публикаций из них 2 в центральных изданиях рецензируемых ВАК РФ, получен 1 патент Российской Федерации выданный Российским агентством по патентам и товарным знакам.

**Объем и структура диссертации.** Диссертационная работа изложена на 116 страницах печатного текста, иллюстрирована 31 таблицей и 45 рисунками, состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Библиографический указатель включает 215 источников, из них 112 отечественных и 103 зарубежных автора.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Материалы исследования.** Дизайн исследования – ретроспективное, одноцентровое, обсервационное, типа случай-контроль.

Работа проведена в клинике детской хирургии БГМУ на базе ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница» МЗ РБ (г. Уфа).

Сроки проведения исследования с 1995 по 2011 гг.

Критериями включения явились: полипы желудка у детей в возрасте до 16 лет, подтвержденные гистологическим методом. Критериям включения соответствовали 316 детей с полипами желудка.

Критериями исключения служили: мезенхимальные новообразования и образования расположенные субмукозно, хронические эрозии и полипозный гастрит.

**Характеристика групп детей с полипами желудка.** Дети с ПЖ были разделены на 2 однородные группы, в зависимости от метода оперативного лечения, в группу сравнения (ГС) вошли 32 ребенка, которым применялась традиционная ПЭ стандартной диатермальной петлей с применением тока в монополярном режиме. В основную группу (ОГ) вошли 30 детей прооперированные при помощи устройства, разработанного на кафедре детской хирургии с курсом ИПО БГМУ.

Объем клиничко-лабораторного и инструментального обследования детей с ПЖ был сопоставим в обеих группах. Изучались соматический статус пациента, результаты анализов крови и мочи, данные ФЭГДС в динамике.

Распределение детей по полу и возрасту в изучаемых группах представлено в табл. 1.

Таким образом, в ОГ детей где ПЭ выполнялась разработанным устройством и током в биполярном режиме, мы получили большее количество хороших и удовлетворительных результатов ( $p=0,015$ ) по сравнению с ГС. Неудовлетворительных результатов в основной группе не было.

## ВЫВОДЫ

1. Узкоспектральная эндоскопия позволяет идентифицировать очаговые изменения в полипах желудка и оценить эффективность лечения, не выявляемые при других методах исследования.

2. Узкоспектральная эндоскопия повышает точность выявления и локализацию полипов желудка у детей, при этом ее диагностическая эффективность составляет 94,7% по сравнению с хромоэндоскопическим методом (80%) и рутинной ФЭГДС (68,2%).

3. Применение биполярной коагуляции при эндоскопической полипэктомии позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений в 2,3 раза, и уменьшить риск развития резидуального полипа в 1,75 раза.

4. Сравнительное изучение результатов оперативного лечения полипов желудка у детей свидетельствует о более высокой клинической эффективности полипэктомии в биполярном режиме коагуляции, что проявляется отсутствием неудовлетворительных результатов лечения и увеличение количества хороших результатов в 1,4 раза.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Первым этапом в диагностике полипов желудка у детей является фиброэзофагогастроскопия. Для окончательной верификации полипа следует проводить узкоспектральную эндоскопию, хромоэндоскопию и биопсию для гистологического исследования.

2. Разработанное устройство для эксцизии полипа биполярном режиме коагуляции, позволяет произвести полипэктомию с минимальной зоной коагу-

го наблюдения и только у одного ребенка развился резидуальный полип на 4-м году наблюдения.

Повторная полипэктомия была выполнена 3 детям, в дальнейшем образования резидуального полипа отмечено не было.

Полученные результаты лечения оценивались по трехбалльной системе и представлены в табл. 9.

Таблица 9

## Результаты эндоскопического лечения больных

Группа больных	Отдаленные результаты лечения			Всего
	хорошие	удовл.	неудовл.	
Основная группа (n=30)	22 (73,3%)	8 (26,7%)	–	30
Группа сравнения (n=32)	15 (46,9%)	13 (40,6%)	4 (12,5%)	32
Итого ...	37 (59,7%)	21 (33,9%)	4 (6,4%)	62

Критериями оценки результатов лечения явились: наличие кровотечения во время полипэктомии, размер посткоагуляционного дефекта, а так же выявленный рецидив заболевания.

Хорошими считались результаты лечения детей, у которых после проведенного эндоскопического лечения не было кровотечения и не отмечалось развитие резидуального полипа, а зона коагуляционного некроза не превышала размеры основания на 2 мм. Хорошие результаты были отмечены у 73,3% ОГ и у 46,9 % детей ГС.

Удовлетворительными считались результаты в том случае, когда, ПЭ осложнялась кровотечением, либо возникал резидуальный полип на месте удаленного, а посткоагуляционная зона превышала размеры основания на 3–5 мм. Удовлетворительные результаты были отмечены у 26,7% ОГ и у 40,6% детей ГС.

Неудовлетворительными результаты считались в том случае, когда, ПЭ осложнялась кровотечением и в последующем возникал рецидив заболевания, а зона посткоагуляционного воздействия была от 3 до 5 мм. Это были только пациенты в ГС – 4 ребенка (12,5%).

Из данных таблицы 1 следует, что как в ОГ, так и в ГС преобладали девочки, а процентное соотношение девочки/мальчики было практически одинаковым в обеих группах (ОГ – 21/9, ГС – 19/13).

Таблица 1

## Распределение детей в группах по полу и возрасту

Пол	Группы		$\chi^2$
	основная (n=30)	сравнения (n=32)	
(муж/жен)	9/21	13/19	0,272
0–3	2	1	0,477
3–7	4	6	0,407
7–11	9	12	0,361
12–16	15	13	0,313

Представленные в таблице данные, показывают, что дети обеих групп были сопоставимы по возрасту. Как в ГС, так и в ОГ преобладали пациенты в возрасте 12–16 лет (40,6 и 50,0% соответственно).

Всем детям обеих групп проводилась патоморфологическая верификация типа полипа, согласно классификации Elster К. (1976). Результаты морфологических исследований у детей с полипами желудка представлены в табл. 2.

Таблица 2

## Результаты морфологических исследований ПЖ у детей

Гистологический тип полипа	Группы		Всего (n=62)	$\chi^2$
	основная (n=30)	сравнения (n=32)		
Фовеолярная гиперплазия	1	3	4	0,326
Гиперпластический полип	16	21	37	0,234
Аденоматозный полип	13	8	21	0,105

Сравнительный анализ морфологических типов ПЖ показал сопоставимость обеих групп детей.

Таким образом, пациенты ОГ и ГС были однородны по данным морфологической диагностики полипов желудка, причем в обеих группах гиперпластических полипов (ГП) было достоверно больше, 16 детей в ОГ и 21 в ГС.

**Методы исследования.** ФЭГДС являлась основным методом диагностики полипов желудка у детей. Процедура проводилась на базе эндоскопического отделения Республиканской детской клинической больницы, педиатрическими видеоскопами Evis Exera II (Olympus).

Для описания эндоскопической картины за основу была взята номенклатура эндоскопии пищеварительного тракта OMED (Маржатка, 1996).

При взятии биопсийного материала для патоморфологического исследования использовались биопсийные щипцы Olympus FB-34C-1, производили биопсию фрагмента из исследуемой зоны слизистой оболочки желудка (СОЖ) или непосредственно из полипа для достижения наибольшей чувствительности гистологического метода.

При проведении хромоэндоскопических исследований была использована методика прижизненного (витального) окрашивания СОЖ 0,5% раствором метиленового синего.

Учитывая задачи настоящего исследования, во время проведения ФЭГДС, мы применяли узкоспектральный режим визуализации СОЖ и непосредственно полипа, нами определялась распространенность и характер цветовых изменений ПЖ и прилежащей к ним слизистой оболочки.

Гистологический тип полипа устанавливался в соответствии с Международной гистологической классификацией опухолей желудка и пищевода № 18 на основе рекомендаций ВОЗ.

Детям с полипам желудка ФЭГДС выполнялась в среднем раз в полгода. Всем пациентам с подтвержденным хеликобактериозом проводили курсы эрадикационной терапии.

Полипэктомия проводилась в условиях стационара, в эндоскопическом отделении, под общим обезболиванием.

Контрольная ФЭГДС выполнялась на 4-, 7-, 10-е сутки с целью оценки эффективности проведенного оперативного лечения.

После отторжения ожогового струпа который образовывался у пациентов обеих групп оставался дефект слизистой, который заживал образованием грануляционной ткани с последующей эпителизацией.

Сроки появления эндоскопических признаков эпителизации дефекта, таких как наличие признаков устойчивого гемостаза и регенерация эпителия от краев к центру в зависимости от применяемой методики представлены в табл. 8.

Таблица 8

Сроки появления эндоскопических признаков эпителизации дефекта в зависимости от применяемой методики ПЭ

Группы детей	Признаки эпителизации дефекта, сутки		
	4	7	10
Основная группа (n=30)	17	12	1
Группа сравнения (n=32)	3	19	10

Таким образом, ПЭ устройством, разработанным на кафедре, является менее травматичным, чем при ПЭ традиционной монополярной петлей.

Кроме того, мы отметили более быстрые сроки эпителизации посткоагуляционного дефекта в ОГ ( $5,4 \pm 0,3$  суток), чем в ГС ( $7,64 \pm 0,31$  суток) ( $p=0,000016$ ).

**Отдаленные результаты оперативного лечения больных ОГ и ГС.** В течение 4 лет нами изучены отдаленные результаты лечения больных в обеих группах. Кроме клинико-лабораторного обследования проводились контрольные ФЭГДС непосредственно после полипэктомии и затем каждые 6 месяцев.

В ГС резидуальный полип развился у 7 детей, а в ОГ у 4 детей.

В 5 случаях из 11 повторный рост полипа желудка был отмечен в течение 6 месяцев после эндоскопического удаления, в срок от 6 месяцев до 1 года у 2-х детей. Еще у 3-х детей резидуальный полип выявлен на 1–2 году динамическо-



вия от применения коагуляции, в ряде случаев, превышала диаметр основания удаленного полипа от 0 до 5 мм, а глубина его достигала 1–3 мм.

В группе детей, где применялось устройство для проведения ПЭ в биполярном режиме коагуляционное воздействие в большинстве случаев не выходило за пределы основания полипа. Так у 14 детей основной группы размер коагуляционного воздействия соответствовал размерам основания полипа, т. е. не превышал его. А в группе сравнения лишь у 2-х детей размер воздействия соответствовал размерам основания полипа, в большинстве же случаев применения монополярной коагуляции мы отмечали большую зону повреждения электродом (табл. 7).

Таблица 7

Сравнительная количественная характеристика распространения зоны коагуляции высокочастотного тока в моно- и биполярном режиме при эндоскопических полипэктомиях

Размер зоны посткоагуляционного воздействия, мм	Соответствует основанию полипа, (n)	На 1–2 мм больше основания полипа, (n)	На 3–5 мм больше основания полипа, (n)
Основная группа (n=30)	14	14	2
Группа сравнения (n=32)	2	13	17
Всего ...	16	27	19

Распространение коагуляции во время ПЭ на расстояние 3–5 мм в ГС произошло более чем у половины детей (17 случаев), и только у 2 детей ОГ.

Кровотечение во время ПЭ возникло у 7 детей ГС и 3 детей ОГ, для остановки которого применяли местные гемостатические манипуляции в виде дополнительной коагуляции кровоточащего участка, конверсии на лапароскопию и лапаротомию не проводилось.

В послеоперационном периоде проводилась консервативная терапия по стандартному протоколу в обеих группах.

В ГС полипэктомия выполнялась способом петлевой электроэксцизии стандартной диатермальной петлей. В ОГ детей полипы удаляли при помощи оригинального устройства разработанного на кафедре детской хирургии с курсом ИПО БГМУ (Патент РФ № 106096 выдан 10 июля 2011 года Федеральной службой по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам).

С использованием статистической программы "Statistica 6.0" в операционной среде Windows 7 проводилась статистическая обработка результатов. Достоверность различий относительных показателей оценивалась по  $\chi^2$ -критерию Пирсона, а количественных показателей по критерию Манна-Уитни.

### ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА И СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В целях идентификации специфических клинических симптомов ПЖ у детей мы осуществили сравнительный анализ течения хронического гастродуоденита (ХГД) и полипов желудка (табл. 3).

Таблица 3

Жалобы детей с полипами желудка и хроническим гастродуоденитом

Характер жалоб	Дети с полипами желудка (n=316)	%	Дети с хроническим гастродуоденитом (n=112)	%
Боль в эпигастральной области	241	76,3	89	79,5
Снижение или отсутствие аппетита	57	18	31	27,7
Расстройство стула	42	13,3	15	13,4
Изжога	33	10,4	12	10,7
Тошнота	30	9,5	12	10,7
Отрыжка	27	8,5	15	13,4
Чувство тяжести и переполнения желудка	24	7,6	9	8
Рвота	13	4,1	9	8
Нет жалоб	15	4,7	0	0

Как видно из данных таблицы 3, наиболее часто больные с полипами, также как с ХГД, жаловались на боль в эпигастральной области (76,3 и 79,5% соответственно), чаще всего были боли ноющего характера. Непосредственной связи болей с приемом пищи не было.

Второй по частоте у детей с ПЖ являются жалобы на понижение или отсутствие аппетита, которые беспокоили 18% больных с полипами желудка. Расстройство стула и изжогу отмечали 13,3 и 10,4% детей соответственно. Жалобы отсутствовали у 4,7% детей с полипами желудка.

Существенных различий клинических симптомов у больных с ПЖ и ХГД, нами не было выявлено, что свидетельствует об отсутствии «специфичности» проявлений ПЖ, позволяющих подозревать или диагностировать их.

В распознавании ПЖ решающее значение принадлежит инструментальным методам исследования.

У детей наиболее часто обнаруживаются одиночные полипы. Данные о локализации ПЖ представлены на рис. 1.

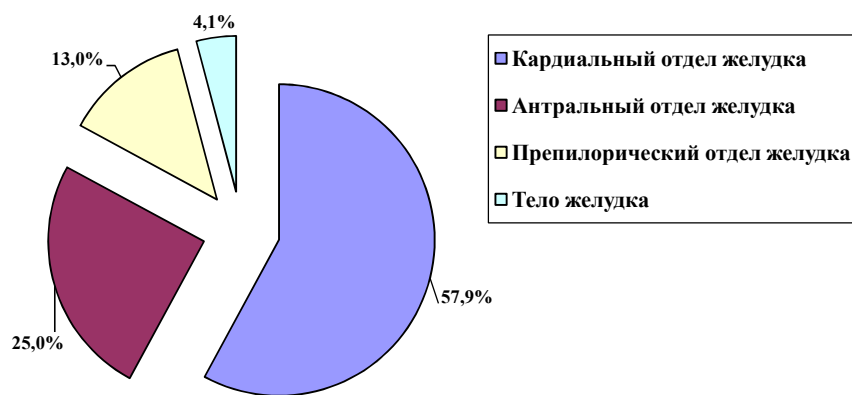


Рис. 1. Локализация полипов желудка

Как видно из рис. 1, ПЖ у детей в наиболее часто выявляются в кардио-эзофагеальном переходе и реже всего в области тела желудка.

Уменьшение размеров полипа удалось достичь у 7,5% детей с ФГ и лишь у 3,5% детей с ГП. Уменьшения размеров и полного исчезновения АП мы не наблюдали ни в одном случае.

Анализируя полученные данные, можно отметить, что в 21,3% случаев существует риск прогрессирования течения заболевания. Следовательно, необходимо последующее динамическое наблюдение пациентов. С прогрессированием заболевания ассоциируются аденоматозные полипы любого размера и возраст ребенка старше 12 лет.

**Оперативное лечение.** Оперативное лечение было рекомендовано и проведено нами в ближайшие сроки после обнаружения полипа 46 детям и еще 16 детей находились под динамическим наблюдением в течение от 6 месяцев до 3 лет, затем в связи с эрозированием или увеличением размеров полипов у этих детей была выполнена ПЭ.

Показаниями к ПЭ служили: размер полипа более 5 мм, осложненные полипы (эрозирование, изъязвление, кровотечение), быстрый рост полипа (более чем в 2 раза за год) и при выраженной клинической картине.

Видеоэндоскопическая полипэктомия выполнялась эндоскопами различных моделей фирмы Olympus как по общепринятой методике, так и устройством разработанным на кафедре.

Полипэктомия проводилась в условиях стационара в эндоскопическом отделении РДКБ, под общим обезболиванием.

Во время проведения ПЭ мы использовали узкоспектральный режим визуализации. Применение данного режима позволило улучшить визуализацию границ ПЖ, тем самым увеличить эффективность эндоскопических вмешательств.

Далее оценивалась морфологическая структура удаленных полипов, возможные послеоперационные осложнения, размеры посткоагуляционного дефекта и сроки его эпителизации.

При измерении посткоагуляционного дефекта обнаружено, что после электрохирургической эксцизии полипов желудка зона термического воздейст-

Мы провели анализ динамических изменений размеров полипов в зависимости от их патоморфологического строения (табл. 6).

Таблица 6

Изменения размеров полипов в динамике  
в зависимости от гистологического типа

Изменение размеров полипов	Всего		Данные морфологического исследования удаленного полипа					
			фовеолярная гиперплазия		гиперпластический полип		аденоматозный полип	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Дети с увеличением размеров полипа	54	21,3	18	7,1	33	13	3	1,2
Дети, у которых размеры полипа остались без изменений	132	52	20	7,8	111	43,8	1	0,4
Дети с полной регрессией полипа	40	15,7	31	12,2	9	3,5	0	0
Дети с уменьшением размеров полипа	28	11	19	7,5	9	3,5	0	0
Всего ...	254	100	88	34,6	162	63,8	4	1,6

Полученные результаты свидетельствуют, о том, что полное исчезновение полипа на фоне проводимого медикаментозного лечения наиболее характерно для детей с фовеолярной гиперплазией (ФГ) – 12,2% и ГП – 3,5%.

Установлено, что АП проявляют наименьшую склонность к регрессии. Рост полипа в динамике, несмотря на проводимое лечение, выявлен у детей с АП в 1,2% случаев и у 13% с ГП.

При патоморфологическом исследовании биоптатов (рис. 2) в большинстве случаев обнаружены ГП желудка, а аденоматозные полипы (АП) встречаются наиболее редко.

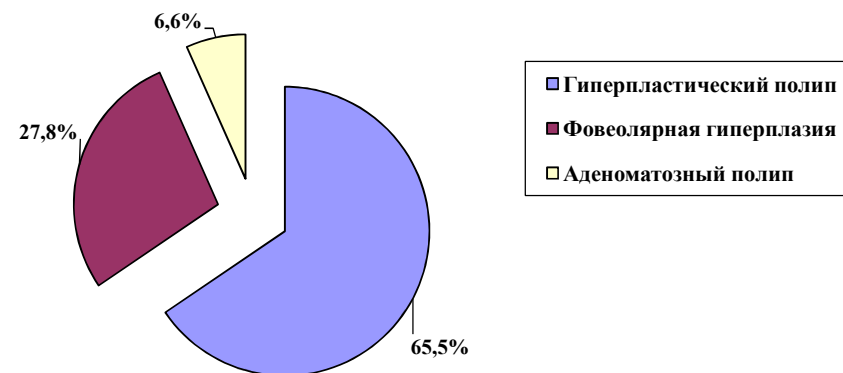


Рис. 2. Распределение полипов по гистологическому типу

Помимо хромоэндоскопического исследования ПЖ с 0,5% метиленовым синим, мы провели эндоскопический осмотр полипов желудка и прилежащей слизистой с применением узкоспектрального режима визуализации (NBI-эндоскопия) 65 детям.

Сравнительный анализ определения типа полипа по результатам биопсии и морфологического исследования удаленных полипов представлен в табл. 4.

В 9 случаях (16,1%) после проведения гистологического исследования удаленного полипа мы обнаружили расхождение с результатом полученным при щипцовой биопсии до операции. По нашему мнению это связано с технологическими особенностями данного метода – неточное определение места биопсии, фрагменты полученные при биопсии оказываются слишком маленькими.

Анализируя причины несоответствия до- и послеоперационного гистологического диагноза, мы установили прямую зависимость расхождения патоморфологических заключений от методики применяемой во время первичной биопсии (табл. 5).

Таблица 4

Сравнительные данные полученные при биопсии  
и при гистологическом исследовании удаленных полипов

Данные биопсии	Всего	Данные морфологического исследования удаленного полипа			Количество совпадений
		гиперпластический полип	аденоматозный полип	фовеолярная гиперплазия	
Гиперпластический полип	36	33	3	0	33
Аденоматозный полип	16	2	14		14
Фовеолярная гиперплазия	4	4	0	0	0
Всего ...	56	39	17	0	47

Таблица 5

Сравнение результатов полученных при биопсии  
и при гистологическом исследовании удаленных полипов  
в зависимости от применяемой эндоскопической методики

Метод исследования	Количество исследований, всего	Количество совпадений		Количество расхождений	
	N	n	%	n	%
ФЭГДС	22	15	68,2	7	31,8
Хромозэндоскопия	15	12	80,0	3	20,0
Узкоспектральная эндоскопия	19	18	94,7	1	5,3
Всего ...	56	47		9	

Так, при взятии щипцовой биопсии во время проведения рутинной ФЭГДС количество расхождений составило 31,8%, чувствительность метода составила 68,2% соответственно, а при применении хромоэндоскопического метода с метиленовым синим и биопсии непосредственно из окрашенных участков, процент расхождения снизился и составил 20%, чувствительность метода составила 80% соответственно.

Применение узкоспектральной эндоскопии обеспечивает хорошую визуализацию деструктивных и воспалительных повреждений СОЖ и собственно полипа, способствует определению границ измененной слизистой и локализацию поражения, позволяет выполнить селективную биопсию. Используя метод узкоспектральной эндоскопии, удалось снизить количество расхождений гистологического диагноза во время первичной щипцовой биопсии и гистологического заключения после удаления полипа до 5,3%.

Вышеизложенное свидетельствует, что применение хромоэндоскопии с метиленовым синим при биопсии полиповидных образований сокращает количество расхождений до и послеоперационного гистологического диагноза с 27,3 до 20,0%, а в узкоспектральном режиме визуализации до 5,3%, приближая чувствительность метода к 95%.

**Динамическое наблюдение и консервативная терапия.** Под динамическим наблюдением находилось 254 ребенка с ПЖ различной локализации, у них отсутствовали показания к ПЭ им проводилась симптоматическая терапия, контрольные ФЭГДС выполнялись 1 раз в 4–6 месяцев.

В ходе динамического наблюдения мы наблюдали следующую картину, полное исчезновение полипа на фоне проводимого лечения произошло в сроки 3–10 лет у 15,7% детей. По истечении времени от 1 до 4 лет, полипы уменьшились в размерах у 11% детей. У 52% детей не отмечалось существенных изменений размеров полипа в течение 1–4 лет.

Увеличение размеров полипа не потребовавшее хирургического вмешательства наблюдалось у 21,3% детей в сроки от 1 до 3 лет.