

УДК 616.345-072.1

© В. І. НІКИШАЄВ, В. М. ЛАЗАРЧУК

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Рівненська обласна клінічна лікарня

Ефективність скринінгової колоноскопії

V. I. NIKISHAYEV, V. M. LAZARCHUK

Kyiv Municipal Clinical Emergency Hospital, Rivne Regional Clinical Hospital

EFFECTIVENESS OF SCREENING COLONOSCOPY

В аналіз роботи включено 160 скринінгових пацієнтів першої групи та 202 пацієнти другої групи із порушеннями функції шлунково-кишкового тракту. У більшості хворих поліпи товстої кишки перебігають безсимптомно і їх виявляють при ендоскопічних оглядах. Скринінгова колоноскопія дозволяє виявити поліпи товстої кишки у віці 40–49 років у 28 %, у віці 50–59 років у 41 % випадків.

In the analysis there were included 160 screening patients of the first group and 202 patients of the second group with violations of the gastrointestinal tract dysfunction. In the most of patients polyps of intestine are asymptomatic and they are found out at endoscopic examinations. Screening colonoscopy allows to detect polyps of intestine at the age of 40-49 years in 28 %, at the age of 50-59 years in 41 % of cases.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Актуальність дослідження зумовлена широким розповсюдженням неоплазій товстого кишечника (ТК), їх роллю в процесі розвитку колоректального раку і відсутністю патогномонічних клінічних проявів. Найбільш точним методом виявлення неоплазій товстого кишечника (ТК) є колоноскопія (КС), яка поєднує діагностичні й малоінвазивні ендоскопічні методи. Можливість видалення через колоноскоп доброякісних новоутворень ТК, навіть малого розміру, є однією з переваг ендоскопічного методу. КС є важливим методом скринінгу захворювань ТК як метод ранньої діагностики неоплазій. Це рекомендований метод обстеження у безсимптомних хворих кожні 5–10 років, починаючи з 50 років [3]. У популяції із звичайним ризиком колоноскопичний скринінг показаний із проміжками у 10 років [7, 8, 9]. Серед пацієнтів із звичайним ризиком, у яких при первинній колоноскопії патології не виявлено, повторна колоноскопія через 5 років мала дуже низьку результативність. Два дослідження гнучкої ректосигмоскопії показали, що профілактичний ефект ендоскопії з поліпектомією зберігався при проміжках у 10 та 16 років і, не виключено, може тривати і довше [6]. Ці дані підтверджують поточне застосування 10-річних інтервалів.

Вважають, що в більшості випадків рак ТК можна попередити. Діагностика поліпів та їх ендоскопічне видалення мають певне значення для вторинної

профілактики раку і навіть для його лікування на ранніх стадіях. Ризик злоякісної трансформації поліпів розцінюється в межах від 3 до 20 %. Він значно підвищується із збільшенням розміру новоутворення, складаючи при поліпах менше 1 см – 1,1 %, 1–2 см – 7,7 %, більше 2 см – 42 %. З урахуванням того, що у 50–75 % хворих рак товстої кишки розвивається саме з поліпів, стає зрозумілою медична та соціальна значимість цієї проблеми. Саме тому своєчасна діагностика та лікування поліпів – важливий резерв профілактики раку товстої кишки [1]. Поліпи ТК загострюють увагу ендоскопістів і хірургів як одна із колоректальних патологій, що найчастіше є причиною малігнізації, незважаючи на появу повідомлень у спостереженнях раку *de novo*.

Широке розповсюдження доброякісних новоутворень ТК, відсутність патогномонічних клінічних проявів утруднюють правильне встановлення діагнозу. Встановити справжню частоту появи доброякісних поліпів дуже складно, оскільки вони перебігають майже безсимптомно і виявляють їх випадково у хворих, які мали скарги на дискомфорт, біль у ділянці заднього проходу, дисфункцію кишечника, патологічні виділення із заднього проходу і т. д., які є ознаками інших захворювань (геморой, парапроктит, анальна тріщина, коліт, рак прямої кишки та ін.). Отже, близьку до істини частоту поліпів можна встановити тільки в результаті проведення цільових досліджень населення чи роз-

тинів. За даними літератури, частота виявлення поліпів ТК при аутопсіях в економічно розвинутих країнах перебуває в межах 30 %.

Погано підготовлений кишечник є найбільшою перешкодою для ефективної колоноскопії [3, 4]. Діагностична точність та безпечність колоноскопії залежать і від якості очищення кишечника. Грунтуючись на вищесказаному, ефективна підготовка є однією з найважливіших причин достовірності результату КС. У попередньому рандомізованому дослідженні якості підготовки ТК ми повідомляли про найбільш ефективну підготовку за допомогою натрію фосфату (НФ) (вечірнє призначення) чи поліетиленгліколю (ПЕГ) (дводенне приймання) з одночасним прийманням симетикону [2].

Мета роботи: оцінити діагностичні можливості скринінгової КС відносно КС у хворих із симптомами порушення функції ШКТ.

Матеріали і методи. Нами було проведено дослідження для визначення пошкоджень ТК в амбулаторних та стаціонарних хворих. Амбулаторним пацієнтам, які не мали клінічних проявів і скарг зі сторони ШКТ, було запропоновано пройти КС. Вони сформували скринінгову групу із 167 пацієнтів. Кількість обстежених чоловіків складала 58 (35 %), жінок – 109 (65 %). Середній вік становив $(50,21 \pm 1,31)$ року і перебував у межах від 40 до 59 років (віком від 40 до 49 років були 76 пацієнтів, від 50 до 59 років – 91 пацієнт).

До другої групи ввійшли 240 стаціонарних хворих, які виявляли патогномонічні для ТК скарги. Серед досліджуваних хворих було 133 (55,5 %) жінки, 107 (44,5 %) чоловіків. Середній вік хворих становив $(55,31 \pm 1,35)$ року і перебував у межах від 40 до 59 років (115 хворих були віком від 40 до 49 років, 125 пацієнтів – від 50 до 59 років).

Очищення кишечника в двох групах проводили НФ та ПЕГ [2].

Відповідно до індикаторів якості колоноскопії ефективність підготовки визначалась як “дуже добра”, “добра”, “задовільна”, “незадовільна” [5]. В даному дослідженні оцінювалась кількість неоплазій, що були підтверджені гістопатологічно.

Розбіжностей між першою та другою групами за статтю, віком та способом підготовки не було ($p < 0,05$).

Діагностичні колоноскопії виконувались колоноскопом фірми Fujinon EC-450ZW 5/L із використанням системи Fujinon EPX-4400 (даний ендоскоп має 135-кратне оптичне збільшення з наступним 2-кратним електронним збільшенням). КС виконувалась в положенні тільки на лівому боці або на лівому боці та на спині. Загальне знеболювання, седативні препарати не використовувались.

Результати досліджень та їх обговорення. Інтубація сліпої кишки в першій групі виконана в 160 (96 %) випадків: у 5 (3 %) хворих не вдалося оглянути всю ТК через анатомічні особливості та психоемоційне несприйняття процесу підготовки чи процедури пацієнтом.

Інтубація сліпої кишки в другій групі виконана в 202 (84 %) хворих. Причиною неповного огляду ТК у 24 (10 %) пацієнтів був жорстко фіксований непрохідний перегин (злукова хвороба), у 6 (2,4 %) пацієнтів виявлена обтуруюча аденокарцинома.

Слід відмітити, що “задовільна” підготовка потребує додаткового відмивання та аспірації кишкового вмісту й унеможливає детальний огляд всіх ділянок слизової. “Задовільна”, “незадовільна” підготовка є частою причиною неправильної інтерпретації отриманих змін. У першій групі в 2 (1 %) пацієнтів та у 8 (3,6 %) хворих другої групи спостерігалась “задовільна” підготовка.

Провести тотальну КС у першій групі не вдалося 7 (4 %) хворим, а в другій – 38 (16 %) пацієнтам. Отже, 160 хворих із першої групи та 202 хворих із другої групи були вивчені і проаналізовані.

Результати КС у першій групі представлено в таблиці 1.

Згідно з даними, отриманими при проведенні колоноскопії в рамках скринінгу, поширеність аденоматозних поліпів у віці 40–49 років складала 20 (28 %), у віці 50–59 років складає 36 (41 %) хворих. Отже, 28–41 % практично здорових людей у віці 40–59 років не потрапляють в поле зору лікарів через безсимптомний перебіг хвороби. Клінічна картина поліпів ТК скупа і не має патогномонічних симптомів. Новоутворення виявлялись як випадкові знахідки при виконанні КС. Організоване дослідження пацієнтів без скарг і клінічних проявів захворювань ТК дозволяє на ранніх стадіях діагнос-

Таблиця 1. Виявлення новоутворень у скринінгових хворих

Вік пацієнтів	40–49 років	50–59 років
Виявлено новоутворень	20 (28 %)	36 (41 %)
Не виявлено новоутворень	53 (72 %)	51 (59 %)
Всього	73 (100 %)	87 (100 %)

тувати і лікувати ранні форми новоутворень. Ендоскопічне видалення їх дозволяє попередити розвиток пухлини на ранній стадії, що зберігає соціальне і фізичне благополуччя хворого. Провідна роль у діагностиці патологічних змін ТК належить ендоскопічному методу, що дозволяє провести візу-

альну оцінку, визначити розповсюдження новоутворення, отримати матеріал для морфологічного та імуногістохімічного дослідження. Поліпектомія одночасно є і лікувальною операцією, що нівелює можливість ракової трансформації. Результати КС у другій групі представлено в таблиці 2.

Таблиця 2. Виявлення новоутворень у хворих із симптомами порушення функції ШКТ

Вік хворих	40–49 років	50–59 років
Виявлено новоутворень	18 (19 %)	47 (44 %)
Не виявлено новоутворень	78 (81 %)	59 (56 %)
Всього	96 (100 %)	106 (100 %)

Встановлено, що у хворих із симптомами порушення функції ШКТ неоплазії в структурі захворювань ТК становлять 18 (19 %) у віці 40–49 років та 47 (44 %) у віці 50–59 років.

Клінічні прояви є наслідком порушення функціонального стану ТК і проявляються у вигляді болювих відчуттів у животі, порушень характеру випорожнень, запорів, метеоризму, патологічних виділень. Наше твердження та результати багатьох досліджень підкреслюють, що жоден із клінічних симптомів не має діагностичної цінності для виявлення поліпів ТК. Оскільки точна діагностика поліпів ТК на основі тільки клінічних даних не є можливою, тому особливої цінності набувають спеціальні методи дос-

ліджень – КС. Вона була найінформативнішою у віці 50–59 серед хворих, які виявляли скарги ШКТ. Найбільш виправданою КС виявилась у скринінговій групі віком 50–59 років ($p < 0,05$).

Після діагностичних КС ускладнень не спостерігали.

Висновки. 1. КС, проведена пацієнтам віком 40–49 років у 28 %, а віком 50–59 років у 41 % випадків, дозволяє виявити поліпи ТК при безсимптомних і клінічно неманіфестних захворюваннях.

2. Часте виявлення поліпів ТК (41 %) у хворих після 50 років потребує розширення показань та обов'язкового проведення їм скринінгової КС.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Веселов В. В. Одиночные полипы толстой кишки: патогенез, скрининг, лечение и тактика ведения больных / В. В. Веселов, А. И. Кузьмин // Альманах эндоскопии. – 2002. – № 1. – С. 11–15.
2. Рандомізоване дослідження якості підготовки кишківника до колоноскопії / В. І. Нікішаєв, В. М. Лазарчук, В. В. Бойко [та ін.] // Укр. журн. малоінвазивної ендоск. хір. – 2011. – Т. 15, № 3. – С. 27–29.
3. Індикатори якості колоноскопії / В. І. Нікішаєв, І. М. Тумак, А. Р. Патій [та ін.] // Укр. журн. малоінвазивної ендоск. хір. – 2010. – Т. 14, № 3. – С. 25–33.
4. Підготовка до колоноскопії / В. І. Нікішаєв, І. М. Тумак, А. Р. Патій [та ін.] // Укр. журн. малоінвазивної ендоск. хір. – 2010. – Т. 14, № 3. – С. 34–42.
5. Anderson M. L. Endoscopic perforation of the colon: Lessons from a 10-year study / M. L. Anderson, T. M. Pasha, J. A. Leighton //

- Am. J. Gastroenterol. – 2000. – Vol. 95. – P. 3418–3422.
6. Long-term efficacy of sigmoidoscopy in the reduction of colorectal cancer incidence / P. A. Newcomb, B. E. Storer, L. M. Morimoto [et al.] // J. Natl. Cancer. Inst. – 2003. – Vol. 95. – P. 622–625.
7. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer / R. Smith, V. Cokkinides, A. C. von Eschenbach [et al.] // Cancer J. Clin. – 2002. – Vol. 52. – P. 8–22.
8. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: Recommendation and rationale // Ann. Intern. Med. – 2002. – Vol. 137. – P. 129–131.
9. Gastrointestinal Consortium P, colorectal cancer screening and surveillance: Clinical guidelines and rationale-update based on new evidence / S. Winawer, R. Fletcher, D. Rex [et al.] // Gastroenterology. – 2003. – Vol. 124. – P. 544–560.

Отримано 02.06.11