

УДК 616.325-006-089-037:616.348-002.44-031.84

Г.Е. Полунин

## ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПСЕВДООПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ АССОЦИИРОВАННЫХ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Воспалительные псевдоопухолы толстой кишки – это большая группа воспалительных заболеваний неопухолевой этиологии, клинически имитирующих опухолевый процесс и его осложнения. Цель работы – оценить результаты лечения воспалительных псевдоопухолей толстой кишки ассоциированных с язвенным колитом и болезнью Крона. Проанализированы результаты лечения 1020 больных: 690 (67,6±1,5%) с язвенным колитом и 330 (32,4±1,5%) с болезнью Крона за 30 лет. Воспалительные псевдоопухолы наблюдали у 44 (4,3±0,6%) пациентов. Средний возраст для пациентов с неспецифическим язвенным колитом составил 53,3 года, болезнью Крона – 47,0 лет. Удельный вес лиц трудоспособного возраста составил 81,8%. 40 (90,9±4,3%) пациентов были оперированы. При морфологическом изучении препаратов в 81,8% случаях определяли различную степень дисплазии эпителия слизистой оболочки толстой кишки. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения возникли у 6 (15,0±5,6%) пациентов. Послеоперационная летальность составила 12,5±5,2%. Общая летальность составила 18,2±5,8%. Средний возраст умерших – 45 лет. Наши исследования подтверждают тенденцию к увеличению за последние годы количества больных с воспалительными псевдоопухолыми ассоциированными с неспецифическими воспалительными заболеваниями толстой кишки в 4,5 раза. Наличие у 84,1% больных различной степени дисплазии позволяет утверждать, что это тяжелое осложнение является облигатным предраком требующим обязательного хирургического вмешательства с учетом онкологических принципов.

**Ключевые слова:** воспалительная псевдоопухоль, болезнь Крона, язвенный колит.

Воспалительные псевдоопухолы (ВПО) толстой кишки (ТК) – это большая группа воспалительных заболеваний ТК неопухолевой этиологии, клинически имитирующих опухолевый процесс и его осложнения (непроходимость, кровотечение, абсцедирование, перфорация), за исключением метастазирования [4, 6]. В практике абдоминального хирурга ВПО ТК по одним данным встречаются нередко [4], а по другим нечасто [2].

Первое описание неспецифической ВПО принадлежит Р. Вирхову (1853). Встречаются разные названия воспалительной псевдоопухолы: «псевдокарцинома», «хроническая неспецифическая гранулема», «гранулема инородного тела». Было предложено ложную опухоль называть хроническим продуктивным воспалением, воспалительной гиперплазией [2].

По данным многих исследователей воспалительные изменения ТК являются предраковым процессом. По Б.В. Пунину (цит. по И.М. Матяшину), ВПО ТК – «большая группа неопухолевых поражений, представляющих интерес вследствие их сходства с истинными новообразованиями кишечника и необходимости в ряде случаев оперативного лечения». Е.А. Двужильная полагает, что под названием

ВПО ТК «следует понимать заболевание, характеризующееся мощным хроническим продуктивным воспалением и выраженной индурацией тканей пораженной области» [3].

По мнению А.И. Абрикосова «ВПО – это опухолевидные образования, возникающие, как правило, вторично в очагах длительно существующего воспалительного процесса» [1].

Очевидно, что в большинстве случаев ВПО, являясь по существу заболеванием вторичного характера, проходит под рубрикой одного из неспецифических воспалительных заболеваний толстой кишки (НВЗТК): болезни Крона (БК) и неспецифического язвенного колита (НЯК) [4, 7].

Несмотря на достигнутые успехи медикаментозного лечения НВЗТК и снижение общего процента больных нуждающихся в оперативном лечении абсолютное их число, с учетом роста заболеваемости, растет. Послеоперационная летальность составляет от 5,6% до 16,0% [8].

Отсутствие единых взглядов на лечебную тактику больных с ВПО ТК приводит к тому, что диапазон мнений при данной патологии достаточно широк – от консервативной терапии до радикальной операции [1, 5, 9, 10].

**Цель работы** – оценить результаты

лечения воспалительных псевдоопухолей толстой кишки ассоциированных с язвенным колитом и болезнью Крона.

### **Материал и методы**

Проанализированы результаты лечения 1020 больных НВЗТК: 690 (67,6±1,5%) с НЯК и 330 (32,4±1,5%) с БК за 30 лет. ВПО наблюдали у 44 (4,3±0,6%) от общего количества пациентов. В 13 (29,5±6,9%) случаях ВПО явились осложнением НЯК, в 31 (70,5±6,9%) БК.

Мужчин было 24 (54,5±7,5%), женщин 20 (45,5±7,5%). Возраст больных колебался от 18 до 76 лет, в среднем – 48,9 лет. Городских жителей было 37 (84,1±5,5%), жителей сельской местности – 7 (15,9±5,5%).

В литературе нет данных, о возможности и тем более сроках малигнизации ВПО, а так как НЯК и БК являются факультативными предраками, диагностика и обследование больных с ВПО основывалась на стандартах обследования онкологических больных с истинными опухолями ТК.

Статистическая обработка результатов исследования была произведена на персональном компьютере Pentium-IV с применением лицензионного статистического пакета «Stadia 6.0». Для обработки статистических данных применяли классические методы вариационной статистики (расчет средних величин, оценка их достоверности), метод корреляционного анализа (бисериальный коэффициент корреляции). Для оценки достоверности различия средних величин использовали критерий Стьюдента.

### **Результаты и обсуждение**

Возраст дебюта НВЗТК, в исследуемой группе, в среднем составил 46,4 лет (45,5 для БК и 48,8 для НЯК). Время, прошедшее от дебюта НВЗТК до диагностики ВПО в среднем составило 2,0 года (1,7 для БК и 2,8 для НЯК).

Средний возраст для пациентов с НЯК составил 53,3 года, БК – 47,0 лет. Пациентов в возрасте от 18 до 40 лет было 13 (29,5±6,9%), от 41 до 60 – 23 (52,3±7,5%), от 61 до 76 – 8 (18,2±5,8%). Таким образом, удельный вес лиц трудоспособного возраста составил 81,8%.

В зависимости от времени диагностики ВПО сроки наблюдения разделено на рав-

ные 3 периода: 1 – с 1980 по 1989 годы, 2 – с 1990 по 1999 годы, 3 – с 2000 по 2010 годы. В группе больных с ВПО в 1 периоде выявлено 6 (13,6±5,2%), во 2 – 11 (25,0±6,5%), в 3 – 27 (61,4±7,3%) случаев заболевания.

40 (90,9±4,3%) пациентов были оперированы (30 – с БК, 10 – с НЯК). 1 больной с НЯК и 1 с БК от предложенного оперативного лечения отказались. После неоднократно проведенных биопсий, им проводятся курсы консервативного лечения, дающие непродолжительный положительный эффект. 1 больному с НЯК операция не выполнена в связи с тяжестью общего состояния: больной умер, причина смерти – интоксикация, на фоне прогрессирования синдрома полиорганной недостаточности (СПОН). 1 больной с НЯК на момент подготовки материала готовился к плановому оперативному вмешательству.

Мы согласны с мнением авторов, что консервативное лечение у пациентов с предполагаемым диагнозом ВПО можно проводить лишь при полной уверенности в отсутствии злокачественной опухоли ТК. В то же время исключить полностью раковый процесс в данной группе пациентов возможно только после морфологического изучения всех удаленных органов и тканей, составляющих ВПО. Следовательно, практически диагноз ВПО можно и должно ставить только в послеоперационном периоде, после получения окончательного гистологического заключения при исследовании всего удаленного препарата [4].

Во всех случаях наших наблюдений ВПО (которые сами по себе являются осложнением НЯК и БК) вызывали состояния, являющиеся абсолютными показаниями к хирургическому вмешательству: кишечная непроходимость, гнойные процессы в брюшной полости, отсутствие эффекта от консервативной терапии с развитием внекишечных осложнений.

Из 40 операций 31 (77,5±6,6%) выполнена в плановом порядке, 9 (22,5±6,6%) по ургентным показаниям. Показаниями для экстренных вмешательств послужили: в 4 случаях – кишечная непроходимость, в 4 – наличие абсцедирующего инфильтрата брюшной полости, в 1 случае – разлитой перитонит, связанный с перфорацией опухоли.

Наиболее частым местом локализации опухоли явилась сигмовидная кишка – 13 (29,5%) всех наблюдений, затем илеоцекальный угол и

прямая кишка – по 7 (15,9%), восходящий отдел ободочной кишки – 6 (13,6%), поперечно-ободочная кишка – 2 (4,5%) наблюдения. В 4 случаях ВПО непосредственно локализовались в тонкой кишке, однако, эти пациенты вошли в исследуемую группу, так как во время операции в зоне локализации опухоли выявлены инфильтраты, с вовлечением в опухолевый процесс различных участков ободочной кишки.

38 (95,0±3,4%) пациентам произведены резекции различных отделов толстой и тонкой кишки, 2 (5,0±3,4%) паллиативные вмешательства. По характеру выполненных операций больные распределились следующим образом: правосторонняя гемиколонэктомия – 20, левосторонняя гемиколонэктомия – 6, резекция сигмовидной кишки – 4, субтотальная гемиколонэктомия – 3, брюшно-анальная резекция прямой кишки – 2, резекция тонкой кишки – 2, резекция ободочной кишки – 1 пациент. В 22 (57,9±8,0%) случаях оперативные вмешательства завершились первичным восстановлением кишечной непрерывности.

Вне зависимости от объема хирургического вмешательства, всем больным с ВПО в ближайшем послеоперационном периоде начинали проведение мощных курсов противоречивного лечения НЯК и БК.

При морфологическом изучении препаратов, в 100% случаев имели выраженные воспалительные изменения тканей в области ВПО. В 84,1% случаях вне ВПО определяли различную степень дисплазии эпителия слизистой оболочки ТК.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения возникли у 6 (15,0±5,6%) пациентов: несостоятельность анастомоза на 6-7 сутки – у 2, флегмона передней брюшной стенки на 9 сутки – у 1, спаечная кишечная непроходимость, на 10 сутки, потребовавшая релапаротомии – у 1, перфорация тонкой кишки на 12 сутки – у 1, пневмония – у 1 пациента. Нельзя не отметить, что 5 из 6 пациентов с возникшими осложнениями (кроме больного со спаечной кишечной непроходимостью) умерли после проведенных вмешательств. Таким образом, послеоперационная летальность составила 12,5±5,2%.

2 пациентов умерли в отдаленном послеоперационном периоде. 1 больной оперирован через 3 месяца после проведенной право-

сторонней гемиколонэктомии, в связи с сформировавшимся наружным неполным тонкокишечным свищем, в результате обострения БК. 1 больная оперирована через 3 месяца после выполненной по типу Микулича левосторонней гемиколонэктомии, произведено восстановление кишечной непрерывности. Через 1 месяц после восстановления на фоне обострения БК произошла перфорация тонкой кишки и, несмотря на проведенное оперативное вмешательство, причиной смерти послужил перитонит. Таким образом, общая летальность, в исследуемой группе больных, составила 18,2±5,8%. Средний возраст умерших составил 45 лет.

Если рассматривать показатели летальности и количество послеоперационных осложнений за указанный период наблюдения, можно отметить, что имеет место тенденция к снижению показателей общей летальности в изучаемой группе больных на 8,7% (с 23,5% до 14,8%), количества послеоперационных осложнений на 6,3% (с 18,8% до 12,5%). Показатели послеоперационной летальности не изменились, что свидетельствует о тяжести поступающих в специализированный стационар больных с ВПО ассоциированных с НВЗТК.

В 1 периоде наблюдения среднее количество госпитализаций составило 3,2, во 2 – 2,9, в 3 – 2,8. Среднее количество койко-дней, проведенных больными, за время лечения в стационаре 1 периоде составило 57,3, во 2 – 64,3, в 3 – 45,8.

### **Выводы**

Наши исследования подтверждают тенденцию к увеличению за последние годы количества больных с ВПО ассоциированными с НВЗТК в 4,5 раза. Лица трудоспособного возраста среди больных с ВПО составляют 81,8%.

Наличие у 84,1% больных с ВПО ассоциированными с НЯК и БК различной степени дисплазии слизистой оболочки за пределами границы опухоли, позволяет утверждать, что это тяжелое осложнение НВЗТК является облигатным предраком, требующим обязательного хирургического вмешательства с учетом онкологических принципов.

Большое количество послеоперационных осложнений и связанная с ними высокая летальность диктует необходимость своевре-

менної госпиталізації в спеціалізованих стаціонарах, пошука нових шляхів і рішення в ліченні хворих з ВПО асоційованими з НЯК і БК.

### ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ПСЕВДОПУХЛИН ТОВСТОЇ КИШКИ АСОЦІЙОВАНИХ З ВИРАЗКОВИМ КОЛІТОМ І ХВОРОБОЮ КРОНА

Г.Є. Полунін

Запальні псевдопухлини товстої кишки – це велика група запальних захворювань непухлинної етіології, клінічно імітуючих пухлинний процес і його ускладнення. Мета роботи – оцінити результати лікування запальних псевдопухлин товстої кишки асоційованих з виразковим колітом і хворобою Крона. Проаналізовані результати лікування 1020 хворих: 690 (67,6±1,5%) з виразковим колітом і 330 (32,4±1,5%) з хворобою Крона за 30 років. Запальні псевдопухлини спостерігали у 44 (4,3±0,6%) пацієнтів. Середній вік для пацієнтів з виразковим колітом склав 53,3 років, хворобою Крона – 47,0 років. Питома вага осіб працездатного віку склала 81,8%. 40 (90,9±4,3%) пацієнтів прооперовано. При морфологічному вивченні препаратів в 81,8% випадках визначали різну міру дисплазії епітелію слизової оболонки товстої кишки. У найближчому післяопераційному періоді ускладнення виникли у 6 (15,0±5,6%) пацієнтів. Післяопераційна летальність склала 12,5±5,2%. Загальна летальність склала 18,2±5,8%. Середній вік померлих – 45 років. Наші дослідження підтверджують тенденцію до збільшення за останні роки кількості хворих з запальними псевдопухлинами асоційованими з неспецифічними запальними захворюваннями товстої кишки в 4,5 рази. Наявність в 84,1% хворих різної міри дисплазії дозволяє стверджувати, що це важке ускладнення є облігатним предраком що вимагає обов'язкового хірургічного втручання з врахуванням онкологічних принципів.

**Ключові слова:** запальна псевдопухлина, хвороба Крона, виразковий коліт.

### ESTIMATION OF RESULTS OF TREATMENT OF THE INFLAMMATORY PSEUDOTUMOURS OF COLON ASSOCIATED WITH ULCEROUS COLITIS AND CROHN'S DISEASE

G.E. Polunin

Inflammatory pseudotumours of colon are large group of inflammatory diseases of untumour etiology, that clinically are alike tumour process and its complications. To estimate the results of treatment of inflammatory pseudotumours of colon associated with an ulcerative colitis and Crohn's disease. The results of treatment of 1020 patients were analysed: 690 (67,6±1,5%) with an ulcerous colitis and 330 (32,4±1,5%) with Crohn's disease for 30 years.

Inflammatory pseudotumours were observed at 44 (4,3±0,6%) patients. The middle age for patients with a ulcerative colitis was 53,3 years, with Crohn's disease – 47,0 years. Specific gravity of persons of able to work age was 81,8%. 40 (90,9±4,3%) patients were operated. At the morphological study of preparations in 81,8% cases determined the different degree of epithelial dysplasia of the colon mucous membrane. In the nearest postoperative period complication observed at 6 (15,0±5,6%) patients. Postoperative lethality made 12,5±5,2%. General lethality made 18,2±5,8%. Middle age of dyings – 45 years. Our research confirms a tendency to increasing of the amount of patients with inflammatory pseudotumours associated with the nonspecific inflammatory diseases of colon in 4,5 times during last few years. Presence at 84,1% of the patients the dysplasia of the different degree shows that such a heavy complication is obligate beforecancer condition requiring obligatory surgical interference taking into account oncologic principles.

**Key words:** inflammatory pseudotumors, Crohn's disease, ulcerative colitis.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Абрикосов А.И. Патологическая анатомия: учебник [для студ. высш. уч. заведений.] / А.И. Абрикосов, А.И. Струков. – 1992. – 560 с.
2. Воспалительная псевдоопухоль брюшной полости / С.В. Мальцев, В.Н. Мальцев, В.Г. Жегулович и др. // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. – 2001. – № 2. – С. 107-108.
3. Матяшин И.М. Воспалительные псевдоопухли пищеварительного тракта и передней брюшной стенки / [И.М. Матяшин, Е.А. Дикштейн, А.Я. Яремчук, Ю.В. Балтайтис] – К.: Здоров'я, 1980. – 128 с.
4. Воспалительные псевдоопухли толстой кишки / С.А. Пышкин, Д.Л. Борисов, Д.Н. Джинчвеладзе и др. // Анналы хирургии. – 2008. – № 4. – С. 36-40.
5. Inflammatory pseudotumor of colon / Taura Naohiro, Yamamoto Akihiko, Fukuda Makoto [et al.] // Amakusa Medical Journal. – 2006. – Vol. 20, № 1. – P. 21-24.
6. Inflammatory pseudotumor of the alimentary tract: clinical and surgical experience / B.M. Sanders, K.W. West, C. Gingalewski [et al.] // J. Pediatr. Surg. – 2001. – Vol. 36, № 1. – P. 169-173.
7. Inflammatory pseudotumor of the liver associated with Crohn's disease / G.I. Papachristou, T. Wu, W. Marsh [et al.] // J. Clin. Gastroenterol. – 2004. – Vol. 38, № 9. – P. 818-822.
8. Nationwide linkage analysis in Scotland implicates age as the critical overall determinant of mortality in ulcerative colitis / R.J. Nicholls, D.N. Clark, L. Kelso [et al.] // Aliment Pharmacol Ther. – 2010. – Vol. 31, № 12. – P. 1310-1321.
9. Plasma-cell granuloma of the sigmoid colon concomitant with adenocarcinoma of the cecum. Viewpoint for debate, literature review on pseudotumors, idiopathic colitis and cancer / M.De Monti, G. Ghilardi, S. Cavenati [et al.] // Ann. Ital. Chir. – 1997. – Vol. 68, № 2. – P. 245-251.
10. Treatment of pseudotumors with nonsteroidal antiinflammatory drugs / W. Su, A. Ko, T. O'Connell [et al.] // J. Pediatr. Surg. – 2000. – Vol. 35, № 11. – P. 1635-1637.

Стаття надійшла 22.03.2011