РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ

МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра госпитальной хирургии

Зав. кафедрой профессор Нестеренко Ю. П.

Преподаватель Андрейцева О. И.

**Реферат**

# Тема: **«Полипы и полипоз ободочной кишки».**

Выполнил студент V курса

лечебного факультета

511а гр. Крат В.Б.

**Москва**

**1998**

Полипом принято называть всякую опухоль на нож­ке, свисающую из стенок полого органа в его просвет, независимо от микроскопического строения. Термин «по­лип» впервые введен Гиппократом, а по мнению А. В. Мельникова этот термин изве­стен со времен Гале на для обозначения образований на ножке в полости носа. В.Л. Ривкин отме­чает, что термин «полип» первым, видимо, применил Цельс.

Полипы могут располагаться в любом отделе пищева­рительного тракта и относятся к числу распространенных заболеваний этой системы. Наиболее полное определение полипа толстой кишки дал С.А.Холдин (1955): «Истинный полип—это опухолевидное образование, возвышающееся над уровнем сли­зистой оболочки в виде шаровидного, грибовидного или ветвистого разрастания, сидящего либо на ножке, либо на широком основании». Основу полипа составляют раз­растания железистого эпителия в виде многочисленных железистых трубок или в виде разветвленных ворсинок, покрытых высоким цилиндрическим эпителием. Опорную ткань представляет соединительно-тканная основа, содер­жащая мышечные волокна.

**Классификация полипов:**

1.По распространенности полипов: а) одиночные; б) множественные (групповые, разбросанные по разным отделам толстой кишки); в) диффузный (семейный) полипоз.

2.По морфологическим признакам: а) железистые: б) железисто-ворсинчатые; в) ворсинчатые: г) гиперпластические: д) ювенильные (кистозно-гранулирующиеся) фиброзные: ж) псевдополипоз.

В клиническом диагнозе добавляем: с малигнизацией или без малигнизации.

По распространенности полипов В.Д.Федоров (1978) также различает одиночные полипы, множественные (групповые, рассеянные) и диффузный (семейный) полипоз толстой кишки.

**Этиология и патогенез:**

Существуют различные теории этиологии и патогенеза полипов и полипоза желудочно-кишечного тракта (воспа­лительная, эмбриональная, дисрегенераторная, вирусная и др.). Одной из распространенных теорий возникновения полипоза толстой кишки является воспалительная теория, предложенная в конце XIX столетия (К. Ф. Славянский, Н. В. Склифосовский и др.). Ее сторонники считали полипы результатом хронических воспалительных процессов слизистой оболочки кишечника. В пользу воспалительной теории приведено много экспериментальных данных и клинических наблюдений.

Так Siruthers (1924) установил, что 30% больных до выяв­ления у них полипов страдали хроническими заболевания­ми кишечника (колит, дизентерия, язвенный проктосигмоидит). Ф.И.Лещенко (1963) при обследовании 455 боль­ных с полипами и полипозом прямой и сигмовидной обо­дочной кишки установил, что 16,4% больных в прошлом перенесли дизентерию, а 4,1% больных—брюшной тиф. При ректороманоскопии, помимо полипов, в 69,4% случаев им были обнаружены явления хронического воспаления.

Нарушение нормальной функции кишечника в виде дискинезий, которые поддерживают хронический воспали­тельный процесс, являются важным фактором в развитии полипов кишечника, особенно дистального отдела, где дольше всего задерживаются каловые массы. В связи с этим, по его мнению, не случайно, что у 85—*90%* больных полипы и рак толстой кишки локализуются в прямой и сигмовидной ободочной кишке.

Таким образом, сторонники воспалительной теории свою гипотезу отстаивают на основании следующих данных:

1. Наличие у большинства больных в анамнезе перене­сенных в прошлом воспалительных заболеваний кишечника (колиты, энтероколиты, дизентерия, язвенный колит);

2. Преимущественная локализация полипов в местах физиологического сужения, где чаще всего слизистая обо­лочка подвергается раздражению и травме от стаза фекаль­ных масс;

3. Наличие воспалительной реакции в полипе и слизис­той оболочке кишки;

4. Получение экспериментального полипоза под влия­нием раздражения.

Участие воспалительного процесса в возникновении по­липов трудно отрицать. Тем не менее было бы ошибочно считать все полипы толстой кишки следствием воспаления, так как сравнительно редко возникают полипы при большой частоте воспалительных процессов в кишечнике; отсут­ствуют полипы (за исключением казуистических случаев) в червеобразном отростке, где чаще всего возникает острое или хроническое воспаление; встречаются в толстом ки­шечнике полипы у детей, у которых хронические заболе­вания желудочно-кишечного тракта крайне редки.

Сторонники эмбриональной теории придают большое значение в образовании полипов формированию слизистой оболочки в период эмбрионального развития. По их мнению, при эмбриональном развитии в ряде случаев имеется избыток зародышевого материала, который вследствие воспалительного процесса превращается в новообразование.

Изложенное свидетельствует об отсутствии общеприня­той теории этиологии и патогенеза полипов желудочно-кишечного тракта. Эти вопросы требуют дальнейшего всесто­роннего изучения.

**Патологическая анатомия:**

Полипы развиваются преимущественно на вершине складок слизистой оболочки ободочной кишки. Они нахо­дятся на разном расстоянии один от другого или так сбли­жены, что соприкасаются между собой, а иногда сливают­ся своими ножками в виде целых гроздей. Размеры от­дельных полипов различны от едва заметного бугорка до 3—4 см в диаметре и более.

Форма их самая разнообразная: маленькие имеют вид бородавок, крупные —шаровидные или грибовидные с гладкой поверхностью или шероховатые, мелкобугристые или продолговатые. Полипы располагаются по ходу скла­док слизистой оболочки кишечника. Иногда их форма со­вершенно неправильная. Самые разнообразные формы по­липов могут встречаться у одного и того же больного. Полипы могут сидеть на широком основании или на ножке различной толщины и величины. Полиморфизм является характерной чертой множественного полипоза.

Цвет полипов серо-красноватый, иногда темно-красный или желтоватый, поверхность всегда покрыта слизью, кон­систенция мягкая. Твердая консистенция полипов может указывать на раковое перерождение.

По гистологическому строению полипы состоят из гипертрофированных желез слизистой оболочки и соеди­нительной ткани. Железы увеличены в объеме, удлинены, просвет их расширен, они образуют выпячивания и вет­вятся. В некоторых железах отмечается закупорка про­света и развитие кист. Среди эпителия большое количе­ство бокаловидных клеток, волокнистая соединительная ткань содержит довольно много гладких мышечных во­локон и сосудов. Ножки полипов состоят из таковой же соединительной ткани.

В зависимости от гистологической картины полипов толстой кишки их делят на три основных группы и 4-ю груп­пу полипоподобных образований: 1-я группа—типичные железистые полипы; 2-я группа — полипы с признаками атипического роста; 3-я группа — полипы с признаками злокачественного роста: 4-я группа — полипоподобные образования, которые клинически расцениваются как по­липы нижнего отдела прямой кишки.

**Клиника и диагностика полипов ободочной кишки:**

В клинической картине полипов ободочной кишки нет ни одного признака, характерного только для полипоза. Отдельные симптомы могут проявляться в зависимости от количества и величины полипов, их локализации, гистологического строения и наличия или отсутствия зло­качественного превращения. Клиническая картина зависит также от предшествовавших или присоединившихся к полипозу явлений воспаления слизистой оболочки кишки или другого патологического процесса, на фоне которого возникли полипы.

Больные часто отмечают дискомфорт в кишечнике за­долго до выявления полипов. Сроки дискомфорта раз­личные. Бессимптомное течение в большинстве случаев встречается только при одиночных полипах. Клинические симптомы полипов ободочной кишки появляются в основном в тот период, когда полипы на­чинают увеличиваться в размерах н претерпевать значи­тельные морфологические и биологические изменения.

Патологические выделения (кровь, слизь) при дефека­ции — наиболее частые клинические проявления полипов ободочной кишки. В начале заболевания кровотечения бывают редкими и не обильными, но по мере развития процесса становятся постоянными и довольно значительными, а иногда кровь выделяется струей. При низком расположении полипов капли крови имеют алый цвет. При высокой локализа­ции — цвет крови изменяется, так как она перемеши­вается с каловыми массами.

Постоянные длительные кровотечения и присоединяю­щиеся поносы вызывают общую слабость, головокружение, головные боли, приводят к анемии и истощению больного.

Нарушение функции ободочной кишки (поносы или запоры), а иногда чередование их и тенезмы являются важным симптомом заболевания.

При множественном полипозе степень выраженности клинических проявлений значительно возрастает за счет присоединения сопутствующего колита. Поносы сопро­вождаются очень болезненными тенезмами с выделением слизи и крови. В связи с этим картина заболевания иногда очень напоминает дизентерию и больных нередко оши­бочно госпитализируют в инфекционные отделения.

Течение заболевания имеет ремиттирующий характер. В период ремиссии больные чувствуют себя лучше. Кро­вотечение уменьшается или прекращается. В некоторых случаях течение заболевания осложняется явлениями ки­шечной непроходимости, инвагинацией, выпадением от­дельных полипов.

Боли в животе, боли в прямой кишке, зуд н жжение в заднем проходном канале. Эти признаки отмечаются у 41,6—64,7% больных. Боли в животе и в прямой кишке обычно бывают тупые, тянущие, иррадиируют в крестец и в поясницу, чаще локализуются в нижних отделах и в левой половине живота.

Таким образом, клинические симптомы, наблюдаемые у больных с полипами ободочной кишки, очень разно­образны и не являются специфическими. При малигнизации полипов и множественном распрост­раненном полипозе проявления местных и общих клиниче­ских признаков более выражены.

Точная диагностика полипов ободочной кишки на осно­вании только одних клинических симптомов крайне за­труднительна. Основными методами распознавания поли­пов этой локализации является ректороманоскопия, рент­генологическое исследование, фиброколоноскопия.

Большая роль в диагностике заболеваний ободочной кишки принадлежит рентгенологическому методу иссле­дования. Рентгенологические признаки полипов сле­дующие.

1. При тугом заполнении просвета ободочной кишки контрастным веществом выявляются округлые просветле­ния с ровными контурами или небольшим краевым «дефектом наполнения». При этом кишка нередко гаустрирована и на фоне петлистого рельефа слизистой оболочки выявление полипов затруднено.

2. При двойном контрастировании полипы обнаружи­вают в виде кольцеобразных тканей или полуколец на внутреннем контуре кишки.

Полипы размером более 1 см в диаметре нередко изъязвляются. На фоне газа они могут выглядеть в виде малоконтрастных теней в просвете кишки и их трудно отличить от остатков содержимого кишки, импрегнированных барием, газовых пузырей, инородных тел. Рентгенологически изъязвления слизистой оболочки выявляются в виде депо бария различной формы и вели­чины. Знание протяженности патологического процесса и состояния остальных отделов ободочной кишки позволит правильно выбрать метод лечения и определить объем оперативного вмешательства.

**Дифференциальный диагноз:**

Дифференциальный диагноз полипов ободочной кишки нужно проводить с миомами, липомами, фибромами, ангио­мами, дизентерией, ворсинчатой опухолью, туберкулезом ободочной кишки, актиномикозом, болезнью Крона и дру­гими заболеваниями, которые встречаются значительно реже, чем полипы.

Липома локализуется преимущественно в правой половине ободочной кишки, в подслизистом слое, но мо­жет также локализоваться равномерно по всей ободочной кишке и достигать больших размеров.

Миома встречается также редко, развивается из мы­шечной оболочки. Заболевание длительно протекает бессимптомно, при больших размерах миома может вызвать нару­шение проходимости кишки. Для сосудистых опу­холей (ангиомы, лимфангиомы) наиболее частым призна­ком является периодическое кровотечение при дефекации (иногда постоянное). Неэпителиальные опухоли обычно достигают больших размеров, чем полипы и почти никогда не имеют ножку.

Редко встречается актиномикоз ободочной кишки, ко­торый локализуется преимущественно в слепой кишке. Болезнь Крона (гранулематозный колит) чаще проявляется сегментарным и резко ограниченным пора­жением толстой кишки, но оно не может быть и диффузным. Чаще процесс охватывает проксимальные отделы толстой кишки. В начальной стадии заболевания имеется множество стриктур толстой кишки, которые чередуются со здоровыми участками кишки. В дальнейшем появля­ются изъязвления и псевдополипозные образования на слизистой оболочке толстой кишки. При гранулематозном колите резко выражена гаустрация.

Во всех случаях поражения толстой кишки основное значение для дифференциального диагноза имеет биопсия с гистологическим исследованием ткани.

**Лечение полипов ободочной кишки.**

Метод оперативной колоноскопии описал Espiner (1973). Th. Daiiey с соавт. (1971) использовали ток высокой частоты при полипэктомии петлей. С этого момента эндоскопическая полипэктомия стала шире при­меняться многими эндоскопистами.

Показания. Полипэктомия показана при полипах раз­личной величины и формы на выраженной ножке; при небольших полипах диаметром до 1.5 см на широком основании. Мелкие полипы (диаметром до 0,3—0,5 см), расположенные друг от друга на некотором расстоянии, могут быть коагулированы.

Противопоказаниями к эндоскопической полипэктомии являются острый колит, повышенная кровоточивость тка­ней, наличие большого полипа на широком основании, который нужно удалять оперативным путем.

При выполнении полипэктомии необходимо соблюдать следующие правила: петля, которой захватывают ножку полипа, должна быть затянута туго, чтобы полностью прекратился кровоток. Толстую ножку полипа сдавливают постепенно и ближе к головке полипа, так как в толстой ножке могут быть все оболочки кишечной стенки и при низком пересечении полипа возможна ее перфорация.

Чтобы избежать этого, необходимо убедиться в подвиж­ности слизистой оболочки кишки по отношению к под­лежащим тканям. Если после затягивания петли хорошо смещается слизистая оболочка по отношению к подлежа­щим тканям, то перфорация маловероятна.

Отсечение полипов на широкой ножке рекомендуется производить постепенно, меняя режимы коагуляции и срезания.

Извлечение полипа после его отсечения часто состав­ляет значительные трудности и в основном осуществляется путем присасывания к эндоскопу или захвата грейферны­ми щипцами.

Осложнения при полипэктомии — кровотечение и пер­форация стенки кишки.

**ДИФФУЗНЫЙ ПОЛИПОЗ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.**

Диффузный полипоз ободочной кишки — тяжелое за­болевание, характеризующееся множественным пораже­нием полипами слизистой оболочки разных отделов обо­дочной кишки. В отличие от одиночных и груп­повых полипов при диффузном полипозе отмечается вы­сокий индекс злокачественного превращения полипов и выраженный семейный характер заболевания.

Как в отечественной, так и особенно в зарубежной литературе описано соче­тание диффузного полипоза ободочной кишки с различ­ными внекишечными проявлениями эктодермального, эндодермального и мезодермального происхождения. Сочетание распространенного полипоза желудочно-кишеч­ного тракта с пигментными пятнами на коже (в виде веснушек), преимущественно на лице, слизистых оболочек губ и тек, описаны как синдром Пейтца — Егерса. Эта форма полипоза имеет семейный характер; ее впервые описал J. Peuiz в 1921 г. на основании наблюдений 5 детей одной семьи, страдавших полипозом всего желудочно-ки­шечного тракта в сочетании с пигментными пятнами на лице (губы, теки, вокруг рта) и на ладонях, а в 1949 г. Н. Jeghers сообщил о 12 подобных больных, большинство которых, были членами одной семьи, с характерной триадой: полипоз же­лудочно-кишечного тракта, наличие пигментных пятен и наследственный характер заболевания. Пигментные пятна чаще встречаются на лице, имеют вид коричневых или темно-коричневых, иногда буровато-желтых пятен различ­ной величины (от мелкоточечных до размера чечевицы) с четкими контурами. Они напоминают веснушки, по отличаются от них отсутствием сезонности проявления. располагаются на коже вокруг рта, носа, на губах, щеках, подбородке, реже на лбу. Пигментные пятна бывают на шее, груди, спине, предплечьях, кистях рук, животе, на слизистых оболочках полости рта (десна, твердое небо, щеки, язык) и на слизистой оболочке прямой кишки. Ведущим симптомом у этих больных являются кровоте­чение из прямой кишки, анемия, боли и животе и понос с частотой стула до 10—15 раз в сутки и более.

E.Gardner (1948) впервые описал 3 больных с диффузным полипозом толстой кишки, сочетающимся с доброкачественными опухолями мягких тканей (фибромы) и костей (остеомы лица, главным образом нижней челюсти, нижних конечностей), а также внутренних органов и кожи. Это сочетание в литературе описывают под названием синдрома Гарднера, при этом кожные признаки предшест­вуют кишечным проявлениям.

Описано сочетание диффузного полипоза желудочно-кишечного тракта с облысением, атрофическими измене­ниями ногтей, пигментацией кожи с анемией и отеками, наблюдавшимися преимущественно в возрасте старше 40 лет. Это сочетание объясняется недостаточностью вита­мина А, рибофлавина, пиридоксина, никотиновой кисло­ты, аскорбиновой кислоты, обусловленных уменьшением их всасывания в кишечнике.

Более удобной для практического врача является классификация диффузного полипоза, ос­нованная на локализации полипов в различных отделах желудочно-кишечного тракта. В этой связи обосновано разделение диффузного полипоза на две основные группы: 1-я группа—диффузный (семейный) полипоз прямой кишки и ободочной (классический вариант); 2-я группа — отдельные синдромы полипоза (Пейтца — Егерса, Гардне­ра, Турко — Депре и др.). При этом следует четко различать диффузный полипоз, при котором количество полипов исчисляется десятками и сотнями, чаще в разных отделах ободочной кишки, от одиночных полипов (групповой полипоз), расположенных в каком-либо отдельном участке прямой или ободочной кишки в количестве от 2—5 до 10—12 полипов.

**Клиника и диагностика диффузного полипоза ободочной кишки.**

Диагноз диффузного полипоза ободочной кишки уста­навливают на основании клинических симптомов болезни, анамнестических данных, ректоромано- и колоноскопии с биопсией и тщательного рентгенологического обсле­дования больного.

Клинический симптомокомплекс, связанный, по-види­мому, с увеличением размеров полипов и их числа, характеризуется появлением непостоянных болей в животе преимущественно в левой половине, поноса, обильных вы­делений крови и слизи с испражнениями, что иногда ошибочно характеризуется как «острая дизентерия». Семейный характер заболевания и характерная ректоско­пическая картина полипоза позволяют своевременно пос­тавить правильный диагноз (до бактериологического ис­следования). Из-за частого жидкого стула, упорных ки­шечных кровотечений нарастает анемия, которая сопро­вождается гипопротеинемией, потерей электролитов, об­щей слабостью и похуданием.

При исследовании электролит­ного состава крови — содержания хлоридов, калия, натрия, кальция и магния — отмечается снижение средней вели­чины клеточного калия и уровня плазматического натрия, уменьшение концентрации кальция и магния, что связано, по-видимому, с частыми поносами у данного контингента больных, а также с ограничением диеты и общей инток­сикацией.

К изменениям в крови и кроветворных органах при поражении кишечника могут привести кишечные потерн (кровь, белок), нарушение абсорбции фолиевой кислоты, витаминов B12 и витамина К, воспаление и другие причины.

При диффузном и тотальном полипозе имеется сниже­ние протромбинового индекса у некоторых больных до *60%,* что указывает на нарушение функциональной деятельности печени. Кроме того, отмечено снижение сверты­вающей способности крови и повышение антитромбиновой активности. При малигнизации полипов отмечается повы­шение свертываемости крови за счет тромбопластиновой активности.

**Дифференциальный диагноз.**

Диффузный полипоз ободочной кишки следует диффе­ренцировать главным образом с воспалительным (вторич­ным) псевдополипозом, развившимся на почве неспеци­фического язвенного колита или дизентерии. Реже дифференцируют диффузный полипоз с множе­ственными липомами ободочной кишки, миомами, гемангиомами, лимфангиомами, шистосомозом и другими заболеваниями, включая первичный рак ободочной кишки.

**Лечение диффузного полипоза ободочной кишки.**

Диффузный полипоз ободочной кишки, как уже отме­чено, является истинным предраком с высоким индексом злокачественного превращения полипов. В настоящее вре­мя единственно эффективным методом лечения этого заболевания является радикальное хирургическое вмеша­тельство, направленное на удаление пораженных отделов или всей толстой кишки с возможным сохранением прямой кишки или ее заднепроходного канала со сфинктером. Полипы из прямой кишки удаляют как до операции, так и во время и после нее через ректоскоп. Это позволяет восстановить естественный пассаж кишеч­ного содержимого путем наложения илеоректального ана­стомоза, а при сохранении правого отдела толстой кишки наложением цекоректального, асцендоректального или трансверзоректального анастомозов, а также путем антиперистальтического использования правых отделов тол­стой кишки.

Консервативному лечению подлежит лишь небольшая группа больных с редко встречающимся неосложненным тотальным полипозом всего желудочно-кишечного тракта или ювенильным полипозом без малигнизации и профузного кровотечения, а также больные преимущественно пожилого возраста с тяжелыми сопутствующими заболева­ниями, которым противопоказано оперативное вмешатель­ство.