

О.І. Пойда, д.м.н., професор кафедри хірургії № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, заслужений лікар України, м. Київ

# Поліпи та поліпоз товстої кишки

Поліпи та поліпоз відносяться до онкологічних захворювань товстої кишки (передракові захворювання). Своєчасне їх виявлення – дійовий і досить надійний засіб профілактики колоректального раку.

**Поліп** – (від грецького «poli» – багато, «pes» – нога) пухлиноподібне утворення, яке розвивається із слизової оболонки, виступає над її поверхнею у вигляді шароподібного, грибоподібного чи гіллястого розростання, має ніжку чи широку основу. Морфологічною основою поліпа є розростання залозистого епітелію у вигляді чисельних залозистих трубок чи розгалужених ворсинок, вкритих високим циліндричним епітелієм; опорою є сполучнотканинна основа, яка містить м'язові волокна.

**Дифузний поліпоз** – важке спадкове захворювання товстої кишки, яке передається за аутосомно-домінантним типом, характеризується появою у ранньому віці значної кількості тубулярних аденом в ободовій та прямій кишці. Через можливість ураження кількох членів сім'ї дифузний поліпоз ще називають сімейним.

За даними фіброколоноскопії поліпи виявляють у 20-50% осіб віком за 50 років. Частіше (73,5%) вони локалізуються у лівій половині товстої кишки. 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.

Дифузний поліпоз найчастіше проявляється у період статевого дозрівання (13-15 років). У подальшому (до 21 року) частота його виникнення збільшується. Захворювання характеризується прогресуючим перебігом, який призводить до обов'язкового ракового переродження (облігатний передрак). Дані про захворюваність варіюють від 1 випадку на 8300 до 1 на 29 тис. новонароджених дітей. Крім множинних поліпів у всіх відділах товстої кишки у 50% таких хворих поліпи виявляють у шлунку та тонкій кишці. Відмінною ознакою цього захворювання є спадковий (сімейний) характер.

Загально визнаною теорією етіології та патогенезу поліпів немає. Розповсюджена запальна теорія, згідно з якою поліпи виникають у результаті хронічного запалення слизової оболонки кишечника. Збільшення частоти доброякісних пухлин товстої кишки пов'язують із впливом навколишнього середовища, зменшенням фізичної активності. Важливим фактором, що впливає на збільшення частоти захворювання товстої кишки, чисельні дослідники вважають зміни у харчуванні населення в умовах індустріалізації. Установлено, що основною особливістю харчування населення економічно розвинутих країн є переважання в раціоні висококалорійних продуктів з великим вмістом тваринних жирів за невеликої кількості клітковини, що зумовлює зниження моторної активності товстої кишки.

Внаслідок цього жовчні кислоти, які в процесі травлення перетворюються на канцерогенні речовини, мають

триваліший контакт з слизовою оболонкою. Усе це викликає порушення мікробного складу кишкового вмісту що у свою чергу змінює склад ферментів мікробного походження. Розвитку поліпів сприяє низький вміст у їжі кальцію і селену, вживання смаженого м'яса, перенесена холецистектомія. Прихильники ембріональної теорії вважають, що в період ембріонального розвитку у деяких випадках є надлишок зародкового матеріалу, який перетворюється у новоутворення внаслідок запального процесу.

Поліпи відносяться до доброякісних пухлин епітеліального походження і становлять до 92% усіх доброякісних пухлин товстої кишки.

До неепітеліальних новоутворень належать фіброми, міоми, ліпоми, судинні пухлини (гемангіоми, лімфангіоми), невріноми. Вони становлять до 8% пухлин цієї локалізації.

**Класифікація поліпів** передбачає такий розподіл:

А. За розповсюдженістю:

І. Поодинокі.

ІІ. Множинні:

а) групові – розташовуються в одному з відділів товстої кишки і поблизу один до одного;

б) розсіяні – розташовуються по одному-два та більше у кожному відділі товстої кишки.

ІІІ. Дифузний (сімейний) поліпоз.

Б. За гістологічною будовою:

– гіперпластичні поліпи;

– залозисті поліпи;

– залозисто-ворсинчасті поліпи;

– ворсинчасті поліпи;

– множинні поліпи різної будови.

В. Окремо виділяють гамартроми (пухлини, які ростуть з ембріональних залишків тканин) – ювенільні поліпи.

Найбільш імовірними ускладненнями поліпів є:

- переродження у злоякісну пухлину;
- кровотеча;
- непрохідність товстої кишки;
- випадіння.

**Гіперпластичні поліпи** – це дрібні утворення слизової оболонки, що мають конусоподібну форму, частіше від 1 до 5 мм у діаметрі, значно рідше – більш ніж 5 мм. Розвиваються вони в результаті локалізованого незначного порушення рівноваги між діленням клітин та їх відторгненням. У гіперпластичних поліпах залишається нормальна будова слизової оболонки (кількість клітин епітелію не змінюється). Потовщення слизової оболонки (гіперплазія клітин епітелію) у вигляді поліпа утворюється за рахунок збільшення об'єму кожної клітини. Гіперпластичні поліпи не мають повноцінної будови поліпа як неопластичного утворення, тому не малігнізуються і потребують лише спостереження.

**Залозисті (аденоматозні) поліпи чи тубулярні аденоми** – це новоутворення товстої кишки, що найчастіше зустрічаються розміром від 0,5 до 2 см

у діаметрі. Тубулярні аденоми, за виключенням випадків сімейного поліпозу, рідко виникають в осіб віком до 21 року. У подальшому їх поширеність поступово збільшується. Близько 5% дорослих людей є носіями хоча б однієї аденоми товстої кишки. Аденоматозний поліп має вигляд пухлини округлої форми на ніжці чи без неї з гладкою поверхнею. Слизова оболонка поліпів гіперплазована, побудована з різноманітних на формою залоз, нерідко кістозно розширених, вистелених циліндричним епітелієм.

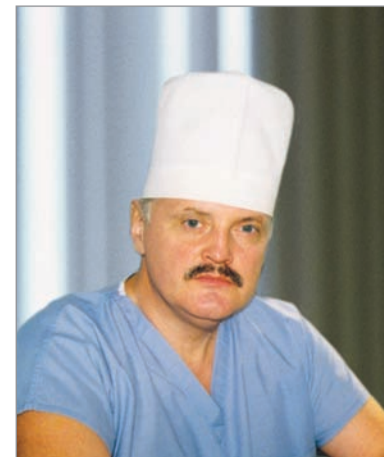
За даними фіброколоноскопії та іригоскопії близько 73% поліпів розташовані у прямій кишці та дистальному відділі сигмовидної кишки, 20% – у середній та проксимальній частині сигмовидної кишки, 3% – у нисхідній та висхідній ободовій кишці, 2% – у правій половині ободової кишки. Якщо розмір поліпа більш ніж 2 см, то частота малігнізації сягає 50% і вище.

**Аденопапіломатозні (залозистоворсинчасті) поліпи** частіше перевищують 1 см у діаметрі, мають бархатисту поверхню, що складає враження матовості кольору. Інколи вони мають вигляд багатодольчатих утворень через нерівність поверхні, схильні до утворення виразок, дно яких укрито фібрином, а також невеликих кровотеч.

**Ворсинчасті поліпи та пухлини** становлять біля 5% усіх новоутворень товстої кишки, мають великі розміри (від 2 до 5-6 см у діаметрі та більше), можуть мати товсту ніжку чи розпростовуватися по слизовій оболонці, інколи набірають вигляд утворення, що стелється (ковдрова форма). За такої форми розповсюдження процесу іде по поверхні слизової оболонки, займаючи інколи досить велику площу по всьому півколу кишки. Колір таких утворень набуває вишневого відтінку, характерними ознаками є бархатистість та матовість їх поверхні, наявність ерозій та виразок, які дозволяють запідозрити малігнізацію. Мікроскопічно виявляють чисельні відростки з вузькою строю, яка вкрита одним шаром циліндричного епітелію.

**Ювенільний поліп** визначається як слизовий чи ретенційний поліп, який виникає у дітей частіше у п'ятирічному віці. Захворюваність у дітей становить 1%. Поодинокі поліпи виявляють у 70% випадків, інколи поліпів може бути так багато, що захворювання протікає за типом перебігу дифузного сімейного поліпозу. Макроскопічно ювенільні поліпи завжди на ніжці, рідше – на широкій основі, від 3 до 10 мм у діаметрі, гладкі, сферичні, червоно-коричневі, часто вкриті слизом. Гістологічно тонка ніжка вкрита нормальною слизовою; його верхівка вистелена одним шаром бокалоподібних клітин, часто з ознаками хронічного запалення та утворенням виразок.

**Поліпи товстої кишки відносяться до малосимптомних захворювань** та діагностуються частіше під час ендоскопічних



О.І. Пойда

досліджень, які проводять з приводу інших захворювань кишечника чи під час цільових (диспансерних) обстежень населення. Найчастішим їх проявом є наявність прожилків крові у калі, рідше – кровотеча з прямої кишки. За наявності довгої ніжки поліпи можуть випадати за межі анального каналу. Інколи поліпи великих розмірів ускладнює інвагінація.

Ворсинчасті пухлини товстої кишки проявляються виділенням слизу під час дефекації, причому кількість слизу може сягати 1-1,5 л, що призводить до водно-електролітних розладів. За умов легкої ранимості часто виявляють ознаки кровотечі. Можуть також спостерігатися болі у животі, закріп, пронос, кишковий дискомфорт. Частота малігнізації поліпів сягає за 80-95% випадків.

Для дифузного поліпозу характерним є розвиток великої кількості (до кількох тисяч) аденом на слизовій товстої кишки. Генетичні дослідження свідчать про те, що причиною розвитку захворювання є супресія гена, розташованого в довгому плечі 5-ї хромосоми і відповідального за пригнічення розвитку пухлин товстої кишки. Захворювання є спадковим у першому поколінні незалежно від статі за принципом домінуючого гена.

**Клінічними проявами дифузного поліпозу** є часті нападоподібні болі у животі, випорожнення рідкої консистенції з великою кількістю слизу та крові, втрата маси тіла, загальна слабкість, анемія. Інколи поліпи великих розмірів можуть випадати через вихідник. Діти з таким захворюванням відстають у рості та загальному розвитку, у них пізніше розвиваються вторинні статеві ознаки. Характерною ознакою хвороби є зміна нігтів у вигляді скелець годинника на пальцях, що мають форму барабаних паличок. Частота малігнізації при дифузному поліпозі сягає 70-100%, тобто він є облігатним передраком.

Ендоскопічна картина поліпів за різних ступенів його розвитку різна:

– у разі міліарного поліпозу на слизовій оболонці виявляють округлі, рожевого кольору утворення 0,3-0,5 см у діаметрі, розташовані щільно один до одного – так, що вільна слизова оболонка між ними відсутня;

– аденоматозний поліпоз виявляється скупченням невеликих та більших (до 1 см у діаметрі) поліпів на складках слизової оболонки, декотрі з яких мають ніжку, всі поліпи блідо-рожевого кольору;

– за аденопапіломатозного поліпозу виявляють різнокаліберні поліпи – серед невеликих блідо-рожевих знаходяться

більші утворення яскраво-червоного або вишневого кольору, неправильної форми, з розрихленнями, досить часто з дольчатою поверхнею. Поліпи можуть бути на ніжках та на широкій основі.

Слід виділити і спадкові синдроми поліпозу.

**Синдром Пейтца-Єгерса** характеризується поєднанням множинних поліпів товстої кишки, тонкої кишки та шлунка з різноманітною пігментацією шкіри на кінцівках, обличчі, губах, слизовій оболонці рота та кон'юнктиві. У хворих відмічається виснаження, анемія, відставання у розвитку. Захворювання передається за спадковістю. Нерідко синдром проявляється інвагінаційною непрохідністю кишечника.

**Синдром Гарднера** – спадкове захворювання, яке характеризується дифузним поліпозом товстої кишки у поєднанні з множинними аномаліями розвитку сполученої тканини (остеоми черепа, атероми, дермоїдні кісти, десмоїдні пухлини, фіброми).

**Синдром Тюрке** – поліпоз товстої кишки у поєднанні з пухлинами центральної нервової системи.

**Синдром Кронкайта-Кенада** – рідкісне поєднання поліпів кишечника з алопецією, гіперпігментацією та відсутністю нігтів.

**Синдром Олдфілда** – аденоматоз товстої кишки у поєднанні з пухлинами наднирників, щитоподібної залози та кистозною сальних залоз.

**Діагностика** поліпів та поліпозу не складна, головне – своєчасно подумати про можливість наявності цього захворювання. Крім анамнезу та загального об'єктивного обстеження обов'язковими спеціальними методами об'єктивного (у тому числі й інструментального) обстеження є проктологічний огляд хворого, фіброколоноскопія та іригоскопія.

**Проктологічний огляд** хворого включає чотири послідовних обов'язкових етапи дослідження:

- огляд перианальної ділянки;
- пальцеве дослідження прямої кишки;
- огляд прямої кишки за допомогою ректального дзеркала чи аноскопу;
- ректороманоскопія з оглядом прямої та дистальних відділів сигмоподібної кишки за допомогою ректороманоскопу, у разі необхідності – з біопсією.

**Огляд перианальної ділянки** дозволяє виявити поліпи прямої кишки на довгій ніжці, які можуть виходити за межі перехідної складки.

Під час **пальцевого обстеження** доступною є ділянка прямої кишки до 10 см від задньопрохідного отвору. Цей метод діагностики є обов'язковим і необхідним через те, що він дозволяє виявити пухлини задньої стінки нижньоампулярного відділу прямої кишки, які неможливо якісно оглянути під час ректороманоскопії. Пальцеве дослідження дає можливість визначити наявність, розміри та рухливість поліпів прямої кишки.

Під час **огляду прямої кишки за допомогою ректального дзеркала чи аноскопу** доступною є ділянка прямої кишки до 10 см. Цей огляд дозволяє визначити наявність, розміри, рухливість поліпів, виконати біопсію.

**Ректороманоскопія** дає можливість огляду прямої кишки та дистального відділу сигмоподібної кишки (до 30 см проксимальніше перехідної складки). Вона дозволяє визначити наявність, кількість, розміри, рухливість поліпів, виконати біопсію. Враховуючи те, що більше 50% поліпів локалізовані в прямій та сигмоподібній кишках, метод слід вважати високоінформативним.

**Іригоскопія** дозволяє провести рентгенологічне дослідження всієї товстої кишки, виявити поліпи розміром більше одного сантиметра.

Найбільш інформативним методом обстеження є **фіброколоноскопія**, яка дозволяє виявити поліпи будь-якого розміру на всіх ділянках товстої кишки і взяти біопсію.

Можливості колоноскопії в останні роки розширилися у зв'язку з розробкою та впровадженням у практику так званої **віртуальної колонографії**, під час виконання якої передбачається за допомогою наконечника клізми через анальний отвір введення хворому, який знаходиться в положенні лежачи на правому боці, повітря до толерантного відчуття повноти в животі. Після цього внутрішньовенно вводять 1 мл глюкагону й одразу ж проводять комп'ютерну томографію живота і таза. Введення глюкагону дозволяє оптимально розширити товсту кишку та мінімізувати перистальтику і спазми м'язів товстої кишки. Після цього виконують стандартну комп'ютерну зйомку. На знімках рельєфно визначається внутрішня будова товстої кишки, її складки, пухлини.

У разі виявлення поліпів у товстій кишці для визначення їх можливого поєднання з розташуванням у шлунку та дванадцятипалій кишці (до 55% хворих) обов'язковим є проведення фіброгастроуденоскопії.

Під час комплексної діагностики спадкових поліпозних синдромів крім вказаних вище методів використовують додаткові – ультразвукове дослідження, комп'ютерну томографію, магнітно-резонансну томографію та ін.

Для покращення діагностики дифузного поліпозу та спадкових поліпозних синдромів необхідне:

- активне ендоскопічне обстеження дітей, братів, сестер, близьких родичів хворих на дифузний поліпоз;
- проведення фіброколоноскопії хворим, у яких виявлені поліпи шлунка чи дванадцятипалої кишки;
- проведення фіброгастро- та колоноскопії у хворих з атеромами, дермоїдними пухлинами, змінами нігтьових фаланг у вигляді барабанних паличок, наявністю пігментних плям, анемії незвичайної етіології.

**Диференційну діагностику** поліпів та поліпозу товстої кишки необхідно проводити пацієнтам з неспецифічними колітами (виразковий, гранулематозний та ін.), ерозивним проктосигмоїдитом, синдромом подразненої товстої кишки, гострими та хронічними інфекційними захворюваннями (дизентерія, тиф та ін.), раком товстої кишки.

Схожими ознаками дифузного поліпозу з неспецифічними колітами є діарейний синдром, наявність патологічних виділень у вигляді крові та слизу, анемізація, зменшення маси тіла. На відміну від поліпозу неспецифічний виразковий коліт часто супроводжується

підвищенням температури тіла, завжди бувають гнійно-кров'янисті виділення з прямої кишки. Спостерігаються також позакишкові прояви у вигляді артритів, гнійних уражень шкіри, іридоциклітів та ін. Під час ректороманоскопії у просвіті кишки виявляють гній з кров'ю, суцільну виразкову поверхню, справжні та запальні псевдополіпи.

На відміну від поліпозу у разі ерозивного проктосигмоїдиту слизова оболонка гіперемована, має набряк, легко контактно кровоточить. Поліпи відсутні.

У випадку синдрому подразненої товстої кишки діарея чергується з закрепками, відмічається вздуття, болючість по ходу товстої кишки. Поширеною причиною синдрому подразненої товстої кишки є хронічний холецистит, панкреатит, виразка шлунку та дванадцятипалої кишки. Під час ендоскопічного обстеження товстої кишки виявляють набряк, гіперемію слизової оболонки, однак поліпів не знаходять.

Для діарейного синдрому характерним симптомом є патологічні виділення у вигляді крові та слизу, рідкий кал, які часто розцінюють як ознаку дизентерії. Таких хворих госпіталізують в інфекційні лікарні. Допомогає діагностиці ендоскопічне обстеження товстої кишки, під час якого виявляють ознаки запалення слизової оболонки. Поліпи при цьому відсутні. Важливими для диференційної діагностики з інфекційними захворюваннями є результати висіву калу на мікрофлору.

Вирішальним для диференційної діагностики поліпів, поліпозу і раку товстої кишки крім наявності загальних онкологічних ознак є результати ендоскопічного обстеження товстої кишки (ректороманоскопія, фіброколоноскопія) з біопсією та гістологічним дослідженням.

Основним методом диференційної діагностики захворювань товстої кишки є комплексне обстеження хворого з першочерговим обов'язковим проведенням ректороманоскопії та фіброколоноскопії.

Під час проведення диференційної діагностики справжнього поліпа з псевдополіпом, який є ознакою III ступеня активності процесу у разі неспецифічного виразкового коліту, необхідно звернути увагу на те, що псевдополіп – це гіперплазована ділянка слизової оболонки, що залишилася після руйнування її виразками (навкруги псевдополіпа «виразкові озера»), або гіпергрануляції на виразкових поверхнях товстої кишки.

**Лікувальна тактика** сьогодні чітко визначена та обґрунтована. Слід зауважити, що консервативних методів лікування поліпів та поліпозу товстої кишки не існує. Метод лікування поліпів соком трави чистотілу не знайшов широкого використання у зв'язку із сумнівною (недоведеною) ефективністю. Використання його не доцільне (і не обґрунтоване), так як спроби консервативного лікування призводять до перенесення, а інколи і до відмови від своєчасної операції та прогресування захворювання до злоякісного переродження поліпа. Лише своєчасне видалення поліпів через ендоскопи чи звичайним хірургічним шляхом (крім дифузного поліпозу) приносить успіх у лікуванні.

Найбільш розповсюдженими методами хірургічного лікування поліпів товстої кишки сьогодні є:

- поліпектомія через ректороманоскопію з електрокоагуляцією ніжки чи основи пухлини;
- трансанальне відсікання новоутворень;
- видалення пухлини шляхом колотомії чи резекції товстої кишки через очеревином доступом (поліпи, які неможливо видалити ендоскопічним шляхом через значні їх розміри, а також поліпи з ознаками малігнізації).

Деякі малігнізовані поліпи можна видалити також ендоскопічно за таких умов: вони розташовані на ніжці; злоякісне переродження не розповсюджується далі голівки поліпа.

У разі дифузного поліпозу єдиним реальним шансом на врятування життя хворого є своєчасне проведення радикального хірургічного лікування, яке передбачає виконання:

- колонопроктотомії з формуванням пожиттєвої моноілеостоми за тотального ураження поліпами всіх відділів товстої кишки у поєднанні з раковою пухлиною нижньоампулярного відділу прямої кишки;
- колектомії, низької резекції прямої кишки з демукозацією її кукси, створенням тонкокишкового резервуара та ендоректального ілеоанального анастомозу за тотального ураження поліпами товстої кишки і відсутності ендоскопічних та гістологічних ознак злоякісного їх переродження;
- колектомії з червоанальною резекцією прямої кишки, демукозацією хірургічного анального каналу та утворенням резервуарного ілеоендоанального анастомозу у разі поєднання дифузного поліпозу з раковою пухлиною прямої кишки, яка розташована на 5-7 см вище відхідника або за умов, коли пухлини немає, але весь ампулярний відділ прямої кишки вражений поліпами;
- колектомії з формуванням ілеоректального анастомозу, якщо у прямій кишці поліпів немає чи поодинокі поліпи видалені, але є тотальне ураження поліпами всіх відділів ободової кишки.

Через можливість рецидивування поліпів і небезпеку виникнення раку товстої кишки після проведеного лікування хворі мають знаходитися під постійним (пожиттєвим) наглядом лікаря з обов'язковим проведенням контрольних проктологічних оглядів та фіброколоноскопій (кожні 3 місяці протягом 2 років, потім один раз на рік). За своєчасного лікування прогноз сприятливий. Рецидиви виникають у 13% хворих, частіше у перші 2 роки після поліпектомії. Крім того, у 7% хворих відмічено появу нових поліпів далі від місця видалення попередніх. Рецидиви поодиноких залозистих поліпів спостерігають у 8%, залозисто-ворсинчастих – у 13%, ворсинчастих – у 25% випадків. Надійних (гарантованих) методів профілактики виникнення поліпів товстої кишки сьогодні, на жаль, не існує. Головною умовою є своєчасне їх виявлення.

Для цього необхідно проводити диспансерні обстеження населення, особливо тих його верств, які мають підвищений ризик виникнення колоректального раку.