УДК 13058

ПОЛИПЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ: СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И КРИТЕРИИ СРОЧНОСТИ УДАЛЕНИЯ

Стяжкина С. Н.

Доктор медицинских наук, профессор, хирург высшей категории

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Минздрава России

РФ, г. Ижевск

Газизуллина А. З.

Студент 3 курса педиатрического факультета

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Минздрава России

РФ, г. Ижевск

Кузнецова Е. Л.

Студент 3 курса педиатрического факультета

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Минздрава России

РФ, г. Ижевск

Максимова И. В.

Студент 3 курса педиатрического факультета

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Минздрава России

РФ, г. Ижевск

Аннотация: в статье представлен обзор современных подходов к диагностике и определению тактики удаления полипов толстой кишки с позиций оперативной хирургии и топографической анатомии. Рассмотрены морфологические критерии дифференциальной диагностики ограничения эндоскопических методов визуализации и роль гистологического исследования. Особое внимание уделено критериям срочности. Приведены топографо-анатомические ориентиры, влияющие на выбор хирургического доступа и объем резекции.

Ключевые слова: полипы толстой кишки, колоректальный рак, дифференциальная диагностика, полипэктомия, критерии срочности.

POLYPS OF THE COLON: DIFFICULTIES IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND CRITERIA FOR URGENT REMOVAL

Styazhkina S.N.
Doctor of Medical Sciences, Professor, Surgeon of the Highest Category
Izhevsk State Medical University
Russian Federation, Izhevsk
Gazizullina A. Z.
Third-year student of the Faculty of Medicine
FSBEI HE "Izhevsk State Medical University" of Russia
Russian Federation, Izhevsk
Kuznetsova E. L.
Third-year student of the Faculty of Medicine
FSBEI HE "Izhevsk State Medical University" of Russia
Russian Federation, Izhevsk
Maksimova I. V.
Third-year student of the Faculty of Medicine
FSBEI HE "Izhevsk State Medical University" of Russia

Russian Federation, Izhevsk

Abstract: the article provides an overview of modern approaches to diagnosing and determining the tactics for removing colon polyps from the perspective of operative surgery and topographic anatomy. The morphological criteria for differential diagnosis, the limitations of endoscopic imaging methods, and the role of histological examination are examined. Special attention is paid to the urgency criteria. Topographic and anatomical landmarks that influence the choice of surgical approach and the extent of resection are presented.

Keywords: colon polyps, colorectal cancer, differential diagnosis, polypectomy, urgency criteria.

Введение

Полип толстой кишки — это локальный доброкачественный вырост на поверхности слизистой оболочки кишечника, который образуется в результате нарушения процесса регулярного обновления клеток (полная смена клеток внутреннего слоя происходит каждые 3-4 дня).

По данным ВОЗ (МАИР) в 2022 год колоректальный рак составлял 9,6% от общего числа новых случаев рака в мире (1,9 млн случаев). В числе причин смерти от онкологических заболеваний в том же году рак желудка занимал 9,3% (900 000 случаев) [1].

В 2024 году КРР занимал 3-е место в структуре онкологической заболеваемости в мире и 2-е место в структуре смертности от злокачественных новообразований. Мужчины заболевают в 1,3 раза чаще женщин [2].

Несмотря на широкое внедрение программ скрининга и доступность видеоколоноскопии, проблема своевременной диагностики полипов сохраняет свою остроту. Ключевой клинической и научной дилеммой остается дифференциальная диагностика доброкачественных эпителиальных новообразований (ДЭНо) и раннего колоректального рака.

Второй проблемой клинической практики является определение критериев срочности удаления выявленных новообразований. В условиях ограниченных ресурсов эндоскопических центров и высокой нагрузки на специалистов возникает необходимость стратификации пациентов. С одной стороны, промедление с удалением малигнизированных полипов или образований с тяжелой дисплазией сопряжено с риском глубокой инвазии в подслизистый слой, что переводит тактику из эндоскопической в хирургическую и ухудшает онкологический прогноз. С другой стороны, необоснованная экстренная госпитализация пациентов с мелкими гиперпластическими полипами создает неоправданную нагрузку на систему здравоохранения.

Цель исследования

Проанализировать сложности дифференциальной диагностики полипов толстой кишки и обосновать критерии срочности их удаления.

1. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В зависимости от размера ПЭНо толстой кишки подразделяют на:

- миниатюрные (крошечные; мельчайшие; англ. – diminutive): до 5 мм включительно;
- мелкие (маленькие; англ. – small): 6-9 мм;
- средние (синонимы: средних размеров; среднеразмерные; англ. – intermediate): 10-19 мм;
- большие (синонимы: крупные; англ. – large): 20-39 мм;
- гигантские (англ. – giant): 40 мм и более.

Международная эндоскопическая классификация NICE (NBI International Colorectal Endoscopic) эпителиальных новообразований толстой кишки:

- тип 1 – гиперпластические и зубчатые полипы на широком основании;
- тип 2 – все аденомы, как с легкой, так и с тяжелой дисплазией, а также рак с минимальной глубиной инвазии в подслизистый слой;
- тип 3 – рак с глубокой инвазией.

Макроскопическая эндоскопическая классификация поверхностных эпителиальных новообразований (ПЭНо) пищеварительного тракта (тип 0):

- Возвышающийся (полиповидный) тип 0-I

- ПЭНо (полип) на ножке 0-Ip

- ПЭНо (полип) на широком основании 0-Is

- Плоский тип 0-II

- ПЭНо плоско – приподнятое 0-IIa

- ПЭНо абсолютно плоское 0-IIb

- ПЭНо плоско – углубленное 0-IIc

- Изъязвленный (язвенный; подрытый) тип 0-III

Классификация Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) доброкачественных эпителиальных опухолей и их предшественников:

- Зубчатая дисплазия низкой степени 8213/0
- Зубчатая дисплазия высокой степени 8213/2
- Гиперпластический полип, микровезикулярный тип
- Гиперпластический полип, бокаловидноклеточный
- Аденоматозный полип с дисплазией низкой степени 8210/0
- Аденоматозный полип с дисплазией высокой степени 8210/2
- Тубулярная аденома низкой степени 8211/0
- Тубулярная аденома высокой степени 8211/2

- Виллезная (ворсинчатая) аденома низкой степени 8261/0
- Виллезная (ворсинчатая) аденома высокой степени 8261/2
- Тубуловиллезная (тубуло-ворсинчатая) аденома низкой степени 8263/0
- Тубуловиллезная (тубуло-ворсинчатая) аденома высокой степени 8263/2
- Развитая (advanced) аденома
- Железистая интраэпителиальная неоплазия низкой степени 8148/0
- Железистая интраэпителиальная неоплазия высокой степени 8148/2

2. Инструментальные методы диагностики

2.1. Основным методом инструментальной диагностики состояния толстой кишки является колоноскопия.

2.1.1. Общие принципы назначения

- Положительный результат экспресс-исследования на скрытую кровь в кале иммунохроматографическим методом.

- Высокий риск обнаружения полипов и рака по данным анкетирования

- Ранее выявленное новообразование толстой кишки с целью определения тактики лечения

2.1.2. Группы высокого риска

Данная категория пациентов требует обязательного инструментального контроля вне зависимости от текущих симптомов, так как риск малигнизации у них значительно выше:

- Генетические синдромы и наследственные полипозы:

- Семейный аденоматозный полипоз (САП).

- Синдром Пейтца–Егерса.

- Ювенильный и зубчатый полипоз.

- Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК): Язвенный колит и болезнь Крона (требуют регулярного мониторинга для исключения дисплазии).
- Пациенты, проходившие лучевую или химиотерапию в области органов брюшной полости, что может привести к лучевому повреждению слизистой и повышению риска опухолей.

2.1.3. Клинические показания (жалобы пациента)

- Нарушения функции дефекации (переход к хроническим запорам или диарее).

- Изменения каловых масс (наличие видимой крови (гематохезия), слизи или гноя в кале).

- Железодефицитная анемия неясного генеза, требующая исключения скрытого кровотечения из кишечника.

- Общие симптомы интоксикации/истощения (необъяснимая потеря массы тела, выраженная слабость).

- Болевой синдром (хронические или рецидивирующие боли в абдоминальной области).

2.2. Иные диагностические исследования

2.2.1. Ректороманоскопия (РРС) и сигмоидоскопия

Суть метода: осмотр только нижних отделов толстой кишки (прямая кишка и сигмовидная кишка) с помощью короткого инструмента.

Применение: используется для детального обследования дистальных отделов, если клиническая картина указывает на проблему именно там.

Ограничения: не рекомендуются как метод первичного скрининга. Главный недостаток — крайне низкая чувствительность. Невозможность обнаружения патологических образований, находящихся в проксимальных (верхних) отделах кишечника.

2.2.2. Видеокапсульная эндоскопия (ТЭВ — таблетка-капсула)

Суть метода: пациент проглатывает капсулу со встроенной камерой, которая делает тысячи снимков по мере прохождения через ЖКТ.

Преимущества: высокая точность (чувствительность >87%) при выявлении полипов размером 6 мм и более; максимальный комфорт для пациента (не требует седации и подготовки, сопоставимой с колоноскопией).

Когда применять: является отличной альтернативой при наличии противопоказаний к классической колоноскопии или если процедура не была завершена из-за анатомических особенностей пациента.

Сравнение: в исследованиях ТЭВ показала более высокую эффективность в обнаружении полипов по сравнению с КТ-колоноскопией.

2.2.3. КТ-колоноскопия (Виртуальная колоноскопия)

Суть метода: компьютерная томография с 3D-реконструкцией просвета кишки.

Преимущества: позволяет увидеть структуру кишечника без инвазивного вмешательства; эффективна для выявления крупных образований и злокачественных опухолей (КРР).

Недостатки и риски: риск пропуска плоских полипов размером менее 10 мм; не позволяет взять биопсию.

2.2.4. Ирригоскопия (с двойным контрастом)

Суть метода: рентгенологическое исследование с введением контрастного вещества (бария) в просвет кишки.

Оценка эффективности: это самый слабый метод из представленных. Его чувствительность около 48%, что крайне мало для надежной диагностики.

Когда применять: только как вспомогательный (резервный) метод в тех случаях, когда все вышеперечисленные современные способы недоступны.

2.2.5. Эндо-УЗИ и МРТ (Магнитно-резонансная томография)

Суть метода: использование ультразвука через стенку кишки или магнитно-резонансного поля для визуализации тканей.

Роль в диагностике: эти методы не предназначены для скрининга или поиска доброкачественных полипов.

Специализация: применяются исключительно на этапе стадирования. Если уже есть подозрение на рак (малигнизацию), Эндо-УЗИ и МРТ помогают врачу определить: 1) насколько глубоко опухоль проросла в стенку кишки (Т-стадия); 2) есть ли поражение лимфатических узлов или отдаленные метастазы.

3. Дифференциально-диагностические сложности

1) Эндоскопические и визуальные сложности.

1.1) Классические полипы на ножке (0-I тип) легко идентифицируются. Однако плоские (0-II тип) и изъязвленные (0-III тип) поверхностные эпителиальные новообразования часто сливаются со слизистой оболочкой. Их высота не превышает половины диаметра, что делает их невидимыми при стандартной колоноскопии без использования дополнительных режимов.

1.2) В рамках колоноскопии крайне сложно отличить доброкачественное эпителиальное новообразование (аденому) от раннего колоректального рака (КРР), ограниченного слизистой оболочкой. Тактические подходы к их удалению схожи, но прогноз кардинально различается. Окончательный диагноз возможен только после патоморфологического исследования удаленного материала.

1.3) При рентгенологических исследованиях полипы малых размеров (менее 1 см) трудно отличить от фрагментов кала, пузырьков воздуха или

складок слизистой. Ключевым признаком кала является его подвижность при изменении положения тела пациента и множественность.

1.4) Сигмовидная и слепая кишки являются наиболее трудными («слепыми») зонами для обнаружения полипов из-за наличия петель, зон наслоения и сложности адекватного расправления стенки кишки воздухом или углекислым газом.

2) Морфологические и гистологические сложности

2.1) Сложности возникают при дифференциации аденоматозных полипов (имеющих высокий потенциал малигнизации) и зубчатых новообразований (включая гиперпластические полипы и сидячие зубчатые поражения). Ошибочная классификация зубчатого полипа как гиперпластического ведет к недооценке риска развития рака.

2.2) У пациентов с язвенным колитом или болезнью Крона на фоне хронического воспаления формируются воспалительные полипы (псевдополипы). Эндоскопически они выглядят как истинные аденомы, однако имеют другое происхождение и не несут такого же онкологического риска. Дифференциация требует учета анамнеза и, зачастую, множественной биопсии.

2.3) Эндоскопически под маской полипа могут скрываться новообразования, исходящие из подслизистого слоя (липомы, лейомиомы, ГИСО). Стандартная биопсия щипцами часто не позволяет захватить ткань из глубины, что требует применения ЭндоУЗИ.

3) Клинические и лабораторные ограничения

3.1) Полипы малого и среднего размера чаще всего протекают бессимптомно. При наличии симптомов (кровь в стуле, изменение характера дефекации) они идентичны проявлениям геморроя, анальных трещин, дивертикулеза или колоректального рака.

3.2) Анализ кала на скрытую кровь (иммунохимический тест) является важным методом скрининга, но его отрицательный результат не гарантирует отсутствия полипов, особенно если они плоские, не кровоточат или не достигли больших размеров.

4. Критерии срочности удаления полипов. *Таблица 1.*

Степень срочности / Тактика	Характеристика новообразования (Критерии)	Рекомендуемое действие	Обоснование (риск/цель)
Низкая срочность (Наблюдение)	Миниатюрные (1–5 мм) гиперпластические полипы прямой кишки и ректосигмоидного перехода.	Наблюдение (без удаления).	Подтвержденный гиперпластический характер (низкий риск малигнизации).
Плановая срочность (Стандартное удаление)	Все ПЭНо без признаков глубокой инвазии (размером от 2 мм и выше, кроме гиперпластических).	Эндоскопическое удаление (ХП, ЭРСО или ГП в зависимости от размера).	Предотвращение прогрессии в рак.
Повышенная срочность (Сложное вмешательство)	Крупные (≥ 20 мм) или полиповидные на широком основании образования.	ЭДПС (ESD) или фрагментарная ЭРСО.	Высокий риск наличия фокуса злокачественной опухоли.
Высокая сложность / Риск осложнений	Полипы на ножке (тип 0-Ip), где головка ≥ 20 мм или ножка ≥ 10 мм.	Горячая полипэктомия + обязательный механический гемостаз (клипсы/лигатуры).	Высокий риск кровотечения после удаления.
Высокий приоритет полноты удаления	Средние (10–19 мм) плоские (II) и полиповидные (Is) образования.	ЭРСО единым блоком (с использованием инъекции раствора).	Минимизация фрагментации (риск рецидива выше при удалении 3 и более фрагментами).
Критический риск (Подозрение на рак)	Любые подозрительные на злокачественность образования.	Маркировка (например, BLACK EYE) + последующее радикальное удаление или хирургия.	Необходимо обеспечить визуальную точность при повторных осмотрах или операции.

Заключение. Дифференциальная диагностика полипов толстой кишки остается многоступенчатым процессом, в котором эндоскопическая картина служит лишь первым этапом, а окончательная верификация возможна только после гистологического исследования. Наибольшие сложности представляют сидячие зубчатые поражения правой половины кишки, требующие онкологической настороженности и обязательного удаления. Критерии срочности определяются прежде всего морфологией (размер, ворсинчатость, дисплазия) и наличием осложнений. Топографо-анатомические особенности толстой кишки (подвижность брыжейки, забрюшинная фиксация, близость мочеточников и крупных сосудов) напрямую влияют на выбор метода — от холодной петлевой полипэктомии до лапароскопической резекции.

Библиографический список

1. Глобальное бремя онкологических заболеваний растет параллельно с ростом потребности в услугах, https://www.who.int/ru/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services (Дата обращения: 08.11.2026)
2. Глобальная статистика рака в 2024 году: оценки GLOBOCAN заболеваемости и смертности во всем мире по 34 видам рака в 186 странах, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13343830/ (Дата обращения: 08.11.2026)
3. Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Ассоциация "Эндоскопическое общество "РЭндО". Клинические рекомендации «Полип толстой и прямой кишки». М.: 2025.