

## *Заболевания кишечника*

В современной медицине заболевания толстой кишки составляют отрасль медицинских знаний, включающую проктологию (proctos – прямая кишка) и патологические процессы одновременно поражающие отделы ободочной кишки и прямую (например – неспецифический язвенный колит, болезнь Крона толстой кишки, множественный и диффузный семейный полипоз и др.). В компетенцию проктологов входят врожденные аномалии и пороки развития толстой кишки и околопрямокишечной зоны (неполный эмбриональный поворот толстой кишки, мегаколон, удвоение толстой кишки, атрезии и эктопии заднего прохода и прямой кишки, дермоидные и тератоидные кисты и пр.), различные функциональные нарушения деятельности толстой кишки (хронический запор, с-м раздраженной кишки, различные дискинезии), неспецифические воспалительные поражения всей толстой кишки, или прямой кишки (колиты, парапроктиты), а также геморрой, анальные трещины, дивертикулы толстой кишки и его осложнения.

Важное место среди проктологических заболеваний занимают доброкачественные и злокачественные новообразования ободочной и прямой кишки, частота которых увеличивается во всех экономически развитых странах.

Толстая кишка - дистальный отдел пищеварительной трубки, который начинается от илеоцекального отдела и заканчивается наружным отверстием заднепроходного канала. Длина ее 1,75 – 2м. В толстой кишке различают 2 основных отдела — *ободочная* (1,5 – 1,75м.) и *прямая* (15 – 20см.). Физиологическая роль ободочной кишки заключается в выполнении 4 функций: - всасывательной; - пищеварительной; - двигательной; - выделительной.

Заболевания прямой и ободочной кишки изучались врачами с древних времен, и в каждом дошедшем до нас руководстве по медицине данной патологии уделялось внимание, в частности Гиппократом (460 – 377г. до н.э.), Цельсом (25 – 30г. до н.э.), Абу Али Ибн Сина (Авицена) (980 – 1037 н.э.).

## *Основные клинические проявления заболеваний толстой кишки*

Клинические проявления заболеваний толстой кишки многообразны и не всегда достаточно четко выражены. При большинстве из них отмечается период скрытого (бессимптомного) течения, затем появляются слабые признаки заболевания почти не фиксируемые самим больным и чаще всего выражающиеся кишечным дискомфортом – периодические учащения стула или задержка его, неприятные ощущения внизу живота, чувство вздутия, ощущение инородного тела в прямой кишке. Со временем эти проявления становятся интенсивными и постоянными, сопровождаются острыми болями, тяжелым запором, или поносом, выделением слизи и крови, зудом в промежности, повышением  $t$  тела, интоксикацией, истощением.

Боли в животе – достаточно характерный с-м заболевания ободочного и ампулярного отдела прямой кишки.

Могут быть: - постоянными;

- схваткообразными;

- иррадиировать в области:

- поясничную;

- нижний грудной отдел позвоночника;

- надключичную.

*Схваткообразные боли* свидетельствуют:

- об ограниченном сужении кишки в результате различных патологических процессов (рубцовые стриктуры при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона толстой кишки, спаечная болезнь) или:

- доброкачественных и злокачественных опухолях кишки.

*Постоянные боли в животе* характерны для прогрессирования воспалительного поражения; *тупые боли в эпигастрии* – первые проявления полипоза семейного – нарушение моторной и секреторной деятельности желудка.

*Боли в области заднего прохода и промежности.*

- нередко носят постоянный, распирающий характер или бывают дергающими и жгучими.

При острой анальной трещине, остром тромбозе геморроидальных узлов, остром парапроктите, после акта дефекации могут стать нестерпимыми.

Выделение слизи и гноя из заднего прохода может быть во время дефекации или носить постоянный характер (при свищах прямой кишки и недостаточности сфинктера прямой кишки). При хроническом и остром проктите, проктосигмоидите, неспецифическом язвенном колите, ворсинчатых опухолях, раке прямой кишки.

Кровотечение – или примесь крови в испражнениях – один из часто встречающихся симптомов заболевания. Выделение алой крови или даже струйное кровотечение, чаще в конце дефекации, характерно для геморроя и анальной трещины. Макроскопически определяемые в каловых массах прожилки крови и кровавые сгустки обычно наблюдаются при воспалительных процессах (колиты), дивертикулезе и опухолях. Чем проксимальнее располагается источник кровотечения в толстой кишке, тем однороднее примесь крови в каловых массах и тем темнее цвет крови. При кровотечении из слепой и восходящей кишки кровь может настолько сильно изменяться под воздействием кишечных ферментов, что каловые массы принимают типичный дегтеобразный вид (*melena*), как при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Малоизмененная кровь в жидком состоянии или в виде сгустков может выделяться во время дефекации у больных неспецифическим язвенным колитом и с болезнью Крона, дивертикулезе, а также при распадающихся опухолях или их изъязвлениях (рак, ворсинчатые опухоли и полипы).

Анемия – развивается чаще при хронической и острой кровопотере и носит гипохромный характер. При раке правой половины толстой кишки чаще развивается анемия и обусловлена она хронической кровопотерей и нарушением гемопоэза вследствие интоксикации.

Железодефицитная анемия является характерным признаком таких заболеваний как диффузный полипоз, опухоли, сложные свищи, недостаточность сфинктера II-III степени.

Запор – затруднение акта дефекации и задержка стула вплоть до отсутствия его в течение нескольких дней и даже недель. Обусловлен может быть функциональными и органическими заболеваниями толстой кишки. Может носить упорный характер, продолжаться годы – это хронический колостаз (запор).

Функциональный запор может быть атоническим и спастическим и в зависимости от этого с более или менее выраженным болевым синдромом.

Непроходимость толстой кишки. Синдром нарушения пассажа содержимого по толстой кишке, проявляющийся в отсутствии или задержке стула, затруднении отхождения газов, вздутии и напряжении живота, постоянных и схваткообразных болях, нарастании других дискомфортных проявлений. Непроходимость может быть частичной или полной и чаще наблюдается при органических поражениях толстой кишки, но может быть при функциональных нарушениях (спастический, атонический колит, копростаз).

Вздутие живота – возникает не только при запоре и непроходимости кишечника. Нередко связаны с алиментарными нарушениями и как следствие метеоризм может быть при врожденной или приобретенной ферментативной недостаточности, а также дисбактериозе.

Понос – частый жидкий стул, характерный симптом не только при инфекционных заболеваниях толстой кишки (колиты, диффузный полипоз).

Тенезмы – частые ложные позывы к дефекации. Это следствие рефлекторного возбуждения моторной деятельности дистальных отделов толстой кишки, особенно прямой, вследствие воспалительных изменений сенсорной зоны слизистой оболочки нижеампулярного и анального отделов прямой кишки.

Недержание кала, газов – наблюдается при врожденных и приобретенных анатомических поражениях сфинктерного аппарата прямой кишки или нарушении его рефлекторной регуляции центрального, психологического или периферического характера.

### ***Методы обследования проктологических больных.***

При диагностике заболеваний ободочной и прямой кишки помимо общеклинического обследования больных, используют ряд специальных методик.

Обследование следует начинать с тщательного выяснения жалоб больного, сбора анамнеза и общего осмотра, обращая особое внимание на те клинические проявления, которые изложены выше.

Общеклиническое обследование больного имеет важное значение для установления предварительного диагноза заболевания и служит основой для выбора и проведения специальных исследований.

#### **1. Пальцевое исследование прямой кишки.**

Является первым и обязательным в ряду специальных методов. Исключают проведение его только при резких стриктурах заднего прохода и откладывают до снятия болевого синдрома у больных с острой анальной трещиной и острым распространенным тромбозом геморроидальных узлов.

Обращают внимание на тонус сфинктера, состояние слизистой прямой кишки, оценивают величину, консистенцию и поверхность предстательной железы (у мужчин), состояние параректальной клетчатки и лимфатических узлов в ней, подвижность стенки прямой кишки, связь прямой кишки с влагалищем и маткой, особенно при двуручном исследовании через влагалище и прямую кишку.

***Ректоромано- и анаскопия*** является обязательным видом исследования каждого больного обратившегося за помощью к проктологу или хирургу с жалобами на нарушения деятельности кишечника, боли в области прямой кишки.

Проводится R-романоскопия перед колоноскопией и ирригоскопией, т.к. она имеет большую разрешающую способность в оценке состояния прямой кишки.

***Колоноскопия*** – при современном уровне квалификации специалистов и техническом совершенстве моделей колоноскопов осмотр толстой кишки на всем протяжении (при отсутствии органических сужений) возможен в 98% случаев. Возможно и желательно в 60% введение колоноскопа в подвздошную кишку на 20-100см выше илеоцекальной заслонки.

***R – логическое исследование толстой кишки.*** Колоноскопия при всех ее положительных качествах не исключает применения R – логического исследования в диагностике заболеваний толстой кишки. Существует 2 основные методики R – логического исследования толстой кишки. Основной – заполнение кишки бариевой взвесью через клизму и при приеме бария через рот, но оно для исследования кишечника малоинформативно.

Во всех случаях первоначально в обязательном порядке применяют метод двойного контрастирования (с введением через клизму бариевой взвеси а затем воздуха).

К специальным методикам рентгенодиагностики относят (для установления распространенности процесса при опухолях):

- лимфографию;
- ангиографию;
- цистографию;
- париетографию;
- фистулографию.

Метод радиоизотопной диагностики:

- ОЦК;
- сканирование;
- компьютерная томография;
- магнито-резонансная томография.

***Лапароскопия*** – для исключения генерализации злокачественного процесса по брюшине; при определении показаний и противопоказаний к первичным операциям.

Методы исследования функционального состояния сфинктера заднего прохода (состоятельности, тонуса) с применением специальных приборов.

### ***Заболевания толстой кишки.***

***Колиты*** – до настоящего времени воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта недостаточно изучены. Это объясняется сходством их клинических проявлений при различных этиологических механизмах развития.

Наиболее характерные симптомы:

- метеоризм;
- нарушение стула;
- боли в животе;
- признаки интоксикации;
- дискомфорт.

Большинство форм колитов объединяют терминами спастический колит, кишечная диспепсия.

В литературе насчитывают более 70 названий этих заболеваний, клинически характеризующихся одними и теми же признаками.

Широко распространено мнение о наличии ограниченных анатомических форм колитов, остановимся на таких поражениях толстой кишки как:

- функциональная кишечная диспепсия;
- синдром раздраженной кишки;
- воспалительные заболевания ободочной (неспецифический язвенный колит) кишки.

### ***Острый проктит, проктосигмоидит.***

Почти любое поражение толстой кишки, протекающее в форме колита, сопровождается изменениями в прямой и сигмовидной кишке.

Заболевание имеет определенную причину, главным образом травматического характера:

- попадание инородных тел;
- механическое раздражение (при пальцевом массаже предстательной железы, частых очистительных клизмах);
- химические и термические ожоги;
- раздражение слизистой оболочки паразитами.

Характерное изменение только слизистой. Клинически проявляется частыми позывами к дефекации, тенезмами, чувством напряжения и инородного тела в прямой кишке. Длится 7-10 дней и при ликвидации причины их вызвавшей проходит самостоятельно или переходит в хроническую форму.

*Лечение:* диета, исключать острые блюда, алкоголь и т.д. Хороший эффект дает антисептические клизмы, сидячие ванночки с  $KMnO_4$  (1:5000), свечи с красавкой и анестезином, мазь и свечи просктоседела, мазь и свечи релифа.

### ***Функциональная кишечная диспепсия (хронический колит).***

Из всех употребляемых в настоящее время названий, соответствующих хроническому колиту, наиболее обоснованным с точки зрения этиологии и патогенеза является термин кишечная диспепсия.

70% от всех больных с поражением ЖКТ – это больные с функциональной кишечной диспепсией. Болезнь обычно развивается на фоне невротических состояний, частота которых достигает 72 – 80%.

Нарастающий темп жизни и технотизация в производстве и быту приводят, как известно, к большим нервно-психическим нагрузкам. В тоже время улучшение благосостояния населения, обеспечивающее употребление большого количества легко усвояемых продуктов питания, лишенных грубой клетчатки, способствует увеличению частоты поражения дистальных отделов ЖКТ. Ведущей функцией толстой кишки является – моторная активность, она регулируется нервной системой.

В основе хронического колита (функциональная кишечная диспепсия) лежат три патогенетических механизма:

1. нарушение моторики;
2. изменение химизма содержимого кишки и секреции слизистой оболочки;
3. развитие дисбактериоза.

Так как функция толстой кишки заключается в накоплении не утилизируемых остатков пищи и их эвакуации то, естественно, нарушение этих процессов обуславливает развитие дискенизий, нарушение моторики в виде гипокинеза и гиперкинеза.

В толстой кишке существует постоянная микрофлора, находящаяся в подвижном равновесии, что обуславливает дополнительный синтез ряда витаминов. Изменения качественного или количественного состава флоры приводит к дис-



бактериозу, что ведет к преобладанию гнилостных или наоборот, бродильных процессов.

Несмотря на многообразие проявлений клинические формы можно объединить в 3 группы:

- синдром раздраженной толстой кишки;
- функциональный понос;
- спастический запор.

### ***Синдром раздраженной кишки.***

Проявляется периодическими обострениями и постоянными расстройствами стула. Ведущий синдром – приступы болей в животе, отмеченные у 90% больных. Боли локализуются вокруг пупка чаще всего или по всему животу, в левой подвздошной области или в правом подреберье. Приступы болей обычно наиболее выражены при повторных обострениях заболевания. Стул сначала оформленный, затем жидкий, до 4-8 раз, чаще в утреннее время.

Продолжается несколько дней и возникает с различной частотой (1 раз в месяц или ритмично ежедневно).

Лечение – диета при поносах с преобладанием бродильных процессов – исключают молоко и молочные продукты. Медикаментозное лечение направлено в основном на регуляцию моторики, применением церукала и др.препаратов. . Кишечные сульфаниламиды – сульфасалозин, сульфасалазопиридозин, кишечные антисептики, левомецетин.

Целесообразно назначать ферментативные препараты – панзинорм, мексоформ и др.

### ***Функциональный понос.***

В патогенезе заболевания принимают участие те же факторы, что и при синдроме раздраженной кишки.

Основным проявлением является усиление перистальтики.

Лечение – главное в лечении - диета с исключением раздражающих средств и послабляющие (перец, хрен, алкоголь). Рекомендуется пища белкового характера, механически обработана, приготовленная на пару.

Хороший эффект – голодание 1-2 суток с употреблением в этот период рисового отвара, чая, сухарей.

Из медикаментов – седативные и спазмолитики, короткий курс - сульфаниламидами.

### ***Неспецифический язвенный колит.***

Неспецифический язвенный колит – хроническое неспецифическое воспаление, сопровождающееся язвенно-некротическими изменениями слизистой оболочки прямой кишки и ободочной кишки. Диагностируется преимущественно у больных в возрасте от 20 до 30 лет.

Этиология и патогенез.

НЯК – описанный еще в прошлом веке. Этиология его до сих пор неизвестна. Большинство ученых считают его полиэтиологическим заболеванием в возникновении которого играют следующие факторы:

- иммунологические факторы;
- аутосенсibilизация организма;
- нервно-психические перенапряжения;
- стрессы глубокие и частые;
- дисбактериоз.

Патологическая анатомия – морфологические изменения при НЯК разнообразны и зависят от стадии течения заболевания и распространения процесса.

Толстая кишка может поражаться диффузно на всем протяжении или изолированно (сегментарное поражение).

Воспаление начинается со слизистой оболочки, затем распространяется на мышечную и серозу. Слизистая гиперемирована, отечная с множеством геморрагий, кровоточащих эрозий и язв. С прогрессированием воспаления просвет может суживаться, стенки кишки утолщаться, могут возникать перфорации язв. При купировании процесса язвы рубцуются. Летальность при острых формах составляет

20% Первоначально язвенный процесс локализуется в прямой кишке и отмечается у 10% больных.

Классификация. Предложено несколько классификаций:

1. По течению: острая (молниеносная), хроническая, рецидивирующая наблюдается у 60% больных, хроническое непрерывное течение отмечается у 35-40%.
2. По степени тяжести: легкая, среднетяжелая, тяжелая формы.
3. По распространенности процесса: тотальный колит с ретроградным илеитом, левосторонний колит, дистальный колит (проктосигмоидит, проктит).
4. По наличию осложнений: неосложненный язвенный колит, осложненный (перфорация, кровотечение, токсическая дилатация, стеноз, малигнизация).

Клиническая картина: Заболевание включает симптомы колита, кровопотерю, гнойную интоксикацию и нарушение пищеварения. Характерным признаком является частый жидкий стул (до 40 раз в сутки), гипертермия, боли в животе, рвота тенезмы, гной, слизь в каловых массах.

Вариабельность клиники зависит от тяжести течения, осложнений и локализации процесса.

### ***Гранулематозный колит (болезнь Крона) толстой кишки.***

Впервые описан в 1932г., как терминальный илеит.

К настоящему времени о болезни Крона сложилось четкое представление как о заболевании, поражающем любой отдел ЖКТ с образованием единичных или множественных очагов воспаления.

Этиология – определенной ясности до настоящего времени в вопросах этиологии и патогенеза нет.

Большинство исследователей считают главными 3 фактора в патогенезе:

- нервно-психические;
- иммунологические;
- диспептические.

Выделяют следующие формы болезни Крона:

с поражением тонкой и толстой кишки - илеоколит, толстой – колит, тонкой кишки – илеит.

При локализации процесса в области заднего прохода и перианальной области – анальная форма болезни Крона.

Клиническая картина разнообразна и проявляется симптомами характерными для воспалительных заболеваний кишечника (перечислены выше).

При осложнениях болезни Крона могут развиваться:

- массивные кровотечения;
- острая токсическая дилатация толстой кишки;
- перфорация в пораженных участках кишки;
- параколитические инфильтраты, абсцессы, кишечные свищи и как следствие перитонит.

Лечение:

- антибактериальная терапия, десенсибилизирующие, стероидные гормоны, салицилазосульфаниламидные препараты, диетотерапия, антидиарейные препараты, инфузионно-трансфузионная терапия, общеукрепляющее лечение (витаминотерапия), антиоксидантная терапия, биостимуляторы.

Возможно и показано хирургическое лечение, выполняемое при наличии абсолютных показаний, т.е. при развитии осложнений:

- перфорации кишки;
- острой дилатации кишки;
- профузного кишечного кровотечения (не поддающегося консервативной терапии);
- инфильтрации стенки и стриктуры кишки, вызывающие непроходимость кишечника;
- рак развившийся на фоне хронического воспалительного процесса;
- состояния, обусловленные тяжелым течением болезни Крона и сопровождающихся тяжелой интоксикацией.

К относительным показаниям хирургического лечения относятся:

- тяжелое и с частыми рецидивами хроническое течение (> 10 лет) болезни.

Возможны следующие три вида оперативных вмешательств:

1. паллиативные (отключение толстой кишки из пассажа);
2. радикальные (резекция ободочной кишки с удалением несущего патологический процесс);
3. восстановительно-реконструктивные операции.

***Дивертикулы, дивертикулез и дивертикулярная болезнь ободочной кишки.***

Дивертикулом ободочной кишки называется ограниченное мешковидное выпячивание кишечной стенки (ободочной кишки).

Клиническая картина. Основными клиническими признаками дивертикулярной болезни ободочной кишки являются боль в брюшной полости и дисфункция толстой кишки.

Дисфункция проявляется запорами, непостоянной диареей, неустойчивым стулом. Нередко тошнота и рвота.

Осложнения:

1. У 30-90% больных наблюдается дивертикулит (острый и хронический).
2. Повышение внутрикишечного давления, спазм мышечной стенки с нарушением кровоснабжения в дивертикулах, застой в них каловых масс могут приводит к образованию пролежней и язв в дивертикуле с развитием воспалительного инфильтрата.
3. Травматизация каловыми массами – кровотечение может быть причиной перфорации или перитонита.

Диагностика и дифференциальная диагностика основывается на анализе клинических проявлений, R-логических, колоноскопических исследований.

Консервативное и оперативное. У 10-20% больных терапевтическое лечение не эффективно или возникают осложнения – в таких случаях показано оперативное лечение. В последние годы наметилось тенденция к более активному хирур-

гическому лечению больных неосложненным дивертикулезом, что объясняется высокой летальностью при осложнениях заболевания (40-70%).

Дивертикулез ободочной кишки – состояние, характеризующееся наличием множества дивертикулов, рассеянных на всем протяжении кишки или сконцентрированных на одном участке.

Дивертикулезная болезнь – собирательное понятие, включающее в себя клинические проявления как неосложненных, так и осложненных дивертикулов.

Этиология и патогенез. Дивертикулы ободочной кишки появляются в результате нарушения эмбриогенеза (врожденные дивертикулы) или в процессе жизни человека (приобретенные дивертикулы).

Существует несколько теорий возникновения приобретенных дивертикулов:

- врожденного предрасположения;
- сосудистая;
- мезенхимная;
- механическая (пульсионная или грыжевая).

Наиболее вероятная – грыжевая, объясняющая развитие дивертикулов ослаблениями соединительнотканного канала кишечной стенки и повышением внутрикишечного давления. Слабыми местами являются места прохождения кровеносных и лимфатических сосудов.

Патологическая анатомия – дивертикулы имеют вид ограниченных выпячиваний кишечной стенки, различной формы, в диаметре до 1 см. Это так называемые полные, экстрамуральные или краевые дивертикулы. Однако есть (0,5-1%) располагающиеся между слоями кишечной стенки - интрамуральные, неполные, расслаивающиеся. Врожденные имеют строение, идентичное структуре стенки кишки – их называют истинными.

### ***Полипы и полипоз ободочной и прямой кишки***

Полипы это доброкачественные опухоли толстой кишки (собирательный термин, используемый для обозначения различных по происхождению патологических образований).

Классификация полипов включает:

- одиночные;
- множественные;
- диффузный (семейный) полипоз.

**Множественные** (дискретные) полипы подразделяются на групповые (располагаются в одном из отделов кишечника в близости один от другого) и **рассеянные** (локализуются в различных отделах)

Диффузный полипоз – это поражение полипами всех отделов толстой кишки. Распространенность – у детей 20-30%, у лиц в возрасте 16-20 лет – 30%, 20-70 лет в 12-16%. В 2/3 наблюдений локализуются в левой половине, преимущественно в прямой и сигмовидной кишке. Женщины болеют в 1,5 раза чаще, чем мужчины.

**Этиология и патогенез.** Полипы доброкачественные новообразования исходящие из эпителия. Общепринятой теории из развития нет. Наиболее известны концепции – воспалительного, эмбрионального, дисрегенераторного и вирусного происхождения полипов.

**Патологическая анатомия.** Полипы исходят из вершин складок слизистой оболочки и представляют собой одиночные или множественные новообразования различной формы, имеют мягко эластичную консистенцию. Характерной особенностью полипов является различная толщина и длина их.

Различают:

- Аденоматозные (железистые) полипы, встречаются в 2-12% случаев всех полипов толстой кишки; это участки гиперплазии слизистой оболочки на ножке или широком основании, диаметром от 0,5 до 3 см; склонны к изъязвлению с кровотечением и малигнизации; степень малигнизации прямо пропорциональна размерам полипов;
- Ювенильные (кистозно-гранулирующие) – являются следствием порока развития и преимущественно диагностируются у детей; это кистозно-расширенные железы, в большинстве одиночные, имеют ножку и не малигнизируются.

- Гиперпластические (метапластические) – мелкие (до 0,5 см в диаметре) множественные плоские новообразования, по структуре идентичны строению слизистой оболочки кишечника, не малигнизируются;
- Ворсинчатые полипы (аденопапиломы): характеризуются множеством ворсин на поверхности, имеют большие размеры, превышают 2 см в диаметре, толстую ножку, легко эррозируются и изъязвляются;
- железисто-ворсинчатые – больших размеров, дольчатое строение, ворсинчатая поверхность.

Ворсинчатая опухоль: наблюдается в виде 2-х форм. Наиболее часто имеет широкое основание, нечеткие границы. Диаметр опухоли достигает 10 см. В 80-90% ворсинчатая опухоль озлокачивается.

Воспалительные полипы (псевдополипы) – узловые образования с воспалительной инфильтрацией. Псевдополипы не являются опухолевыми и обычно наблюдаются при язвенном колите.

Клиника – одиночные и множественные полипы небольших размеров длительное время не сопровождаются клиническими проявлениями. Характерны – боль в животе и прямой кишке, диспептические расстройства, выделение крови, слизи.

Лечение – оперативное. Полипы, а также ворсинчатые опухоли, озлокачивание которых исключено удаляются методом электролазерной коагуляции с гистологическим заключением. Динамическое наблюдение после удаления проводится 1 раз в год, а затем 1 раз в 3 года.

При неполной полипэктомии – повторная через 3-6 месяцев. При озлокачивании полипа – радикальная операция – объем которой зависит от локализации и количества полипов.

#### Диффузный полипоз толстой кишки:

- тяжелое заболевание желудочно-кишечного тракта, характеризующееся множественным поражением полипами слизистой оболочки разных отделов толстой кишки, на фоне которых в 70-100% случаев возникает рак.



Этиология и патогенез – истинный диффузный полипоз относится к наследственным заболеваниям, передается по признаку доминантного гена.

Классификация:

Выделяют 3 формы полипоза.

1. пролиферативный диффузный. (3 стадии; гиперпластический, аденоматозный, аденопопилломатозный).
2. ювенильный диффузный (полипоз с преобладанием в полипах секреторирующего эпителия).
3. гамартомный (синдром Пейтца-Егерса, с-м Гарднера).

Клиника. Каждая последующая форма диффузного полипоза отмечается от предыдущего выраженностью симптомов заболевания: возникновения болей постоянных, чаще в левой половине живота, изжоги, отрыжки, поноса, выделений крови, анемии. Развивается иммунодефицитное состояние, дисбиотические нарушения микрофлоры. Часто диффузный семейный полипоз сочетается с различными внекишечными проявлениями экто-, эндо-, и мезодермального происхождения, что наблюдается при его гамартомной форме:

- с пигментацией лица (в виде веснушек) слизистой оболочки губ и щек (с-м Пейтца-Егерса);

- с множественными остеомами и остеофибромами костей черепа и других отделов скелета, множественными опухолями мягких тканей (атеромы, дермоидные кисты, подкожные фибромы, лейомиомы, преждевременные выпадения зубов) – с-м Гарднера ;

- с атрофией ногтей, алопецией, кожной гиперпигментацией.

Лечение – в связи со 100% малигнизацией полипов, глубокими изменениями в гомеостазе единственно радикальным способом лечения больных диффузным полипозом толстой кишки является хирургический – резекция полипы несущих сегментов кишки, колэктомия (тотальная, субтотальная).