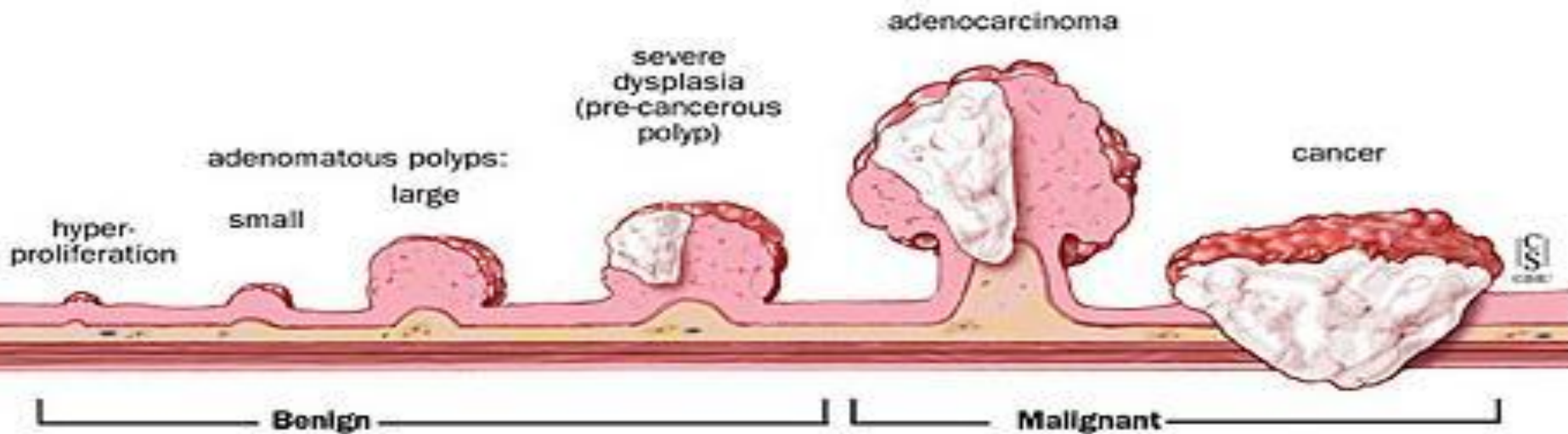


**Запорожский государственный медицинский университет**  
факультет последипломного образования, кафедра детских  
болезней (курс детской хирургии)

# Полипы желудочно-кишечного тракта у детей

лекция для врачей-интернов детских хирургов



# Клинический случай

Ребенок Х. - девочка возрастом 2 года 1 мес. поступила в отделение хирургии по направлению участкового педиатра с подозрением на желудочно-кишечного кровотечения.

Со слов мамы, в течении месяца периодически в стуле определяются прожилки ярко красного цвета. Запорами не страдает. Тошноты, рвоты, болей в животе не отмечалось. Семейный анамнез не отягощен.

На момент поступления состояние ребенка ближе к удовлетворительному. Кожа и видимые слизистые чистые, бледно розовые. Зев спокоен. Дыхание и кровообращение компенсированы. Живот мягкий, б/болезненный во всех отделах. С-мы раздражения брюшины – отрицательны. Печень в пределах возрастной нормы. Селезенка не пальпируется. Мочится свободно, б/болезненно. Стул оформленный накануне с прожилками ярко красного цвета. Per rectum – сфинктер тоничен, своды не нависают, в ампуле прямой кишки остатки коричневого кала, визуально без патологических примесей. В пределах пальцевого исследования патологических образований не определяется.

# Клинический случай

Ребенок осмотрен педиатром – физическое и умственное развитие в пределах возрастной нормы.

Общеклинические обследования, показатели красной крови, биохимический анализ крови – в пределах нормы.

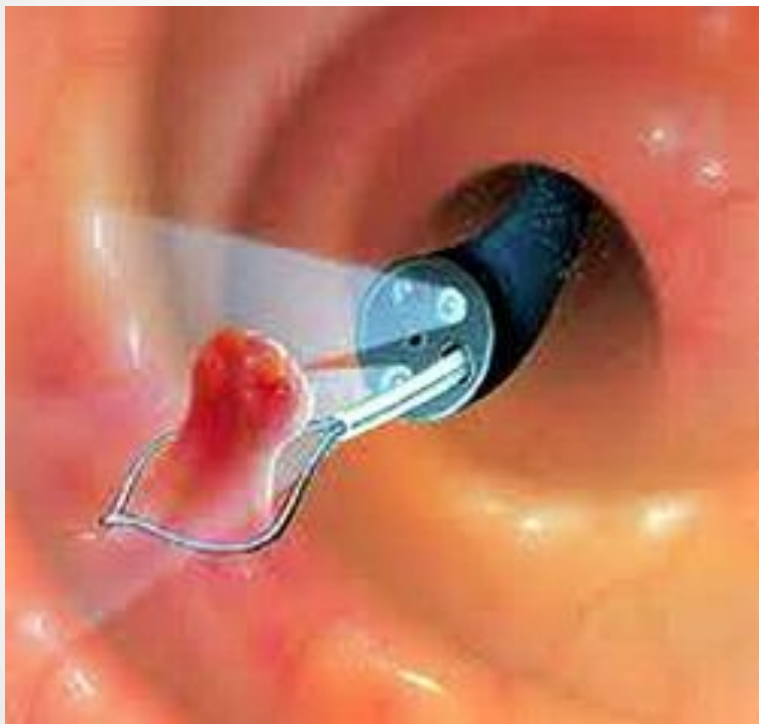
Анализ кала на скрытую кровь – положительный.

С целью верификации диагноза проведена колоноскопия, во время которой обнаружен полип на ножке диаметром около 2 см на расстоянии 20 см от наружного анального сфинктера. Остальные отделы толстого кишечника и терминальный отдел тонкого – без патологических изменений.



# Клинический случай

Произведена петлевая электрокоагуляция полипа.



Послеоперационный период протекал без особенностей. Повторных эпизодов примесей крови в кале не отмечалось.

Ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Гистологическое заключение:

**Ювенильный полип без признаков малигнизации.**

# Полипы ЖКТ у детей.

## Актуальность темы.

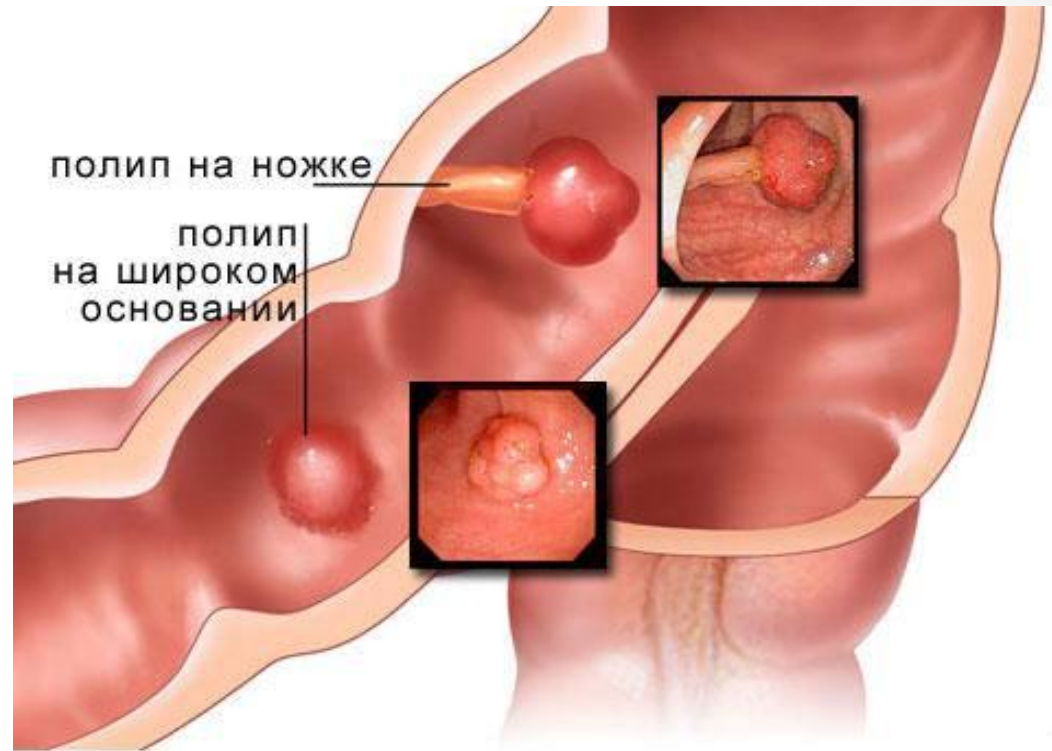
За последнее время во всём мире, в том числе и в Украине наблюдается увеличение количества пациентов с полипами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Это связано с одной стороны с некоторым абсолютным ростом данной патологии у взрослых и детей, с другой стороны с бурным развитием эндоскопии, являющейся основным достоверным методом диагностики данного заболевания.

Все виды образований встречающиеся у взрослых, могут возникнуть и у детей. И все же для детского возраста наиболее характерны **ювенильные и лимфоидные полипы**. Основными симптомами при поступлении в хирургический стационар являются боль в животе и клиника кровотечения из нижних отделов ЖКТ. Учитывая, что данные симптомы не являются патогномоничными только для полипов, то понимание особенностей полипозов у детей является залогом проведения успешной диагностики и лечения данной патологии.

# Определение

Полип - любое образование на слизистой оболочке, выступающее в просвет полого органа и связанное с его стенкой ножкой или широким основанием. Частота локализации полипов в различных отделах желудочно-кишечного тракта неодинакова.

У детей полипы чаще всего локализуются в дистальных отделах толстого кишечника, а потому основным их проявлением является ректальное кровотечение.



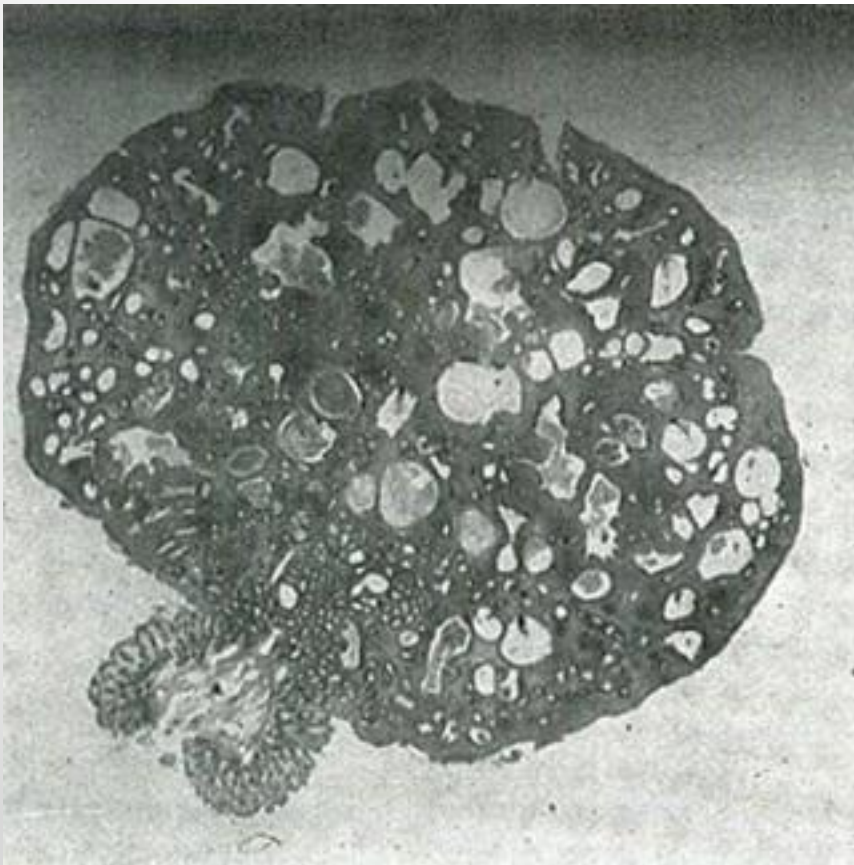
# Виды полипов ЖКТ у детей

Среди полипов у детей преобладают так называемые **ювенильные полипы**, на долю которых приходится 80% всех полипов в детском возрасте. **Лимфоидные полипы** (гиперплазия лимфоузлов) занимают второе по частоте место — 15%. Истинные **аденоматозные полипы**, способные малигнизироваться, встречаются у детей с аденоматозным (семейным) полипозом толстой кишки, но среди общего числа детей с полипами на их долю приходится менее 3%.

Другим необычным типом полипов у детей являются гамартомные полипы, встречающиеся при **синдроме Пейтца-Егерса**. Для полноты картины мы должны упомянуть и такой чрезвычайно редкий для детского возраста вид полипов, как **ворсинчатая (папиллярная) аденома**. Редко встречается также сочетание полипов различного вида у одного ребенка, хотя в принципе такие случаи могут быть.

# Ювенильные полипы

**Ювенильный полип** представляет собой просто гроздьевидное скопление слизистых «озер», окруженных железистыми клетками, секретирующими слизь.



**Фотомикрограмма типичного ювенильного полипа с частью ножки. Вид, напоминающий швейцарский сыр, обусловлен «озерцами» скоплений слизи . Он имеет удлиненную узкую ножку и совершенно гладкую блестящую поверхность. Если надавить на ювенильный полип или вскрыть его, то из него выделяется слизь.**



# Клиника

Самой частой жалобой у детей с ювенильным полипом является кровотечение из прямой кишки. Кровь обычно яркая, в небольшом количестве и либо обволакивает каловые массы, либо выделяется вслед за ними. В 5—10% случаев первым проявлением полипа является его выпадение через анус во время акта дефекации, что, естественно, вызывает беспокойство и неприятные ощущения.

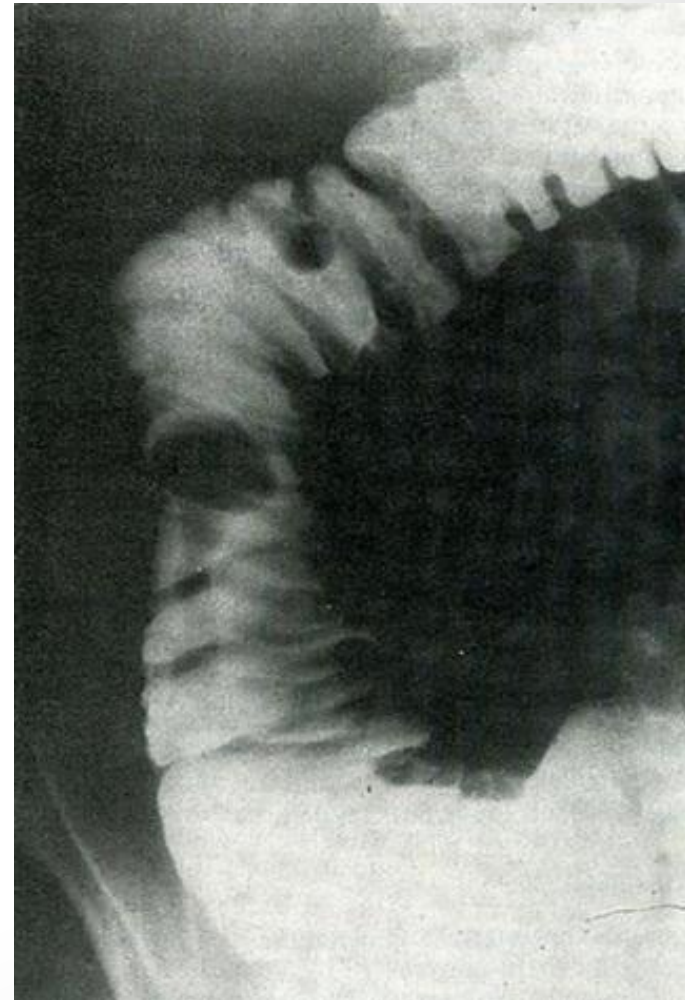


Спастические боли в животе и легкая диарея возникают почти у 25% больных и могут быть связаны с эпизодами начинающейся инвагинации. Самоампутация (аутоампутация) полипа обычно приводит к прекращению кровотечения из прямой кишки.

# Диагностика

Диагностировать ювенильный полип просто, если он выпадает из ануса или определяется при пальцевом ректальном исследовании.

При подозрении на полип ребенку следует провести пальцевое ректальное исследование, а затем ректороманоскопию ригидным или гибким эндоскопом. Ирригография показана лишь в тех случаях, когда полип не достижим эндоскопически или если после удаления полипа у ребенка продолжают кровотечения. Показанием к колоноскопии является рецидив кровотечения или наличие дефектов наполнения на ирригограммах у детей с клиническими проявлениями полипа.



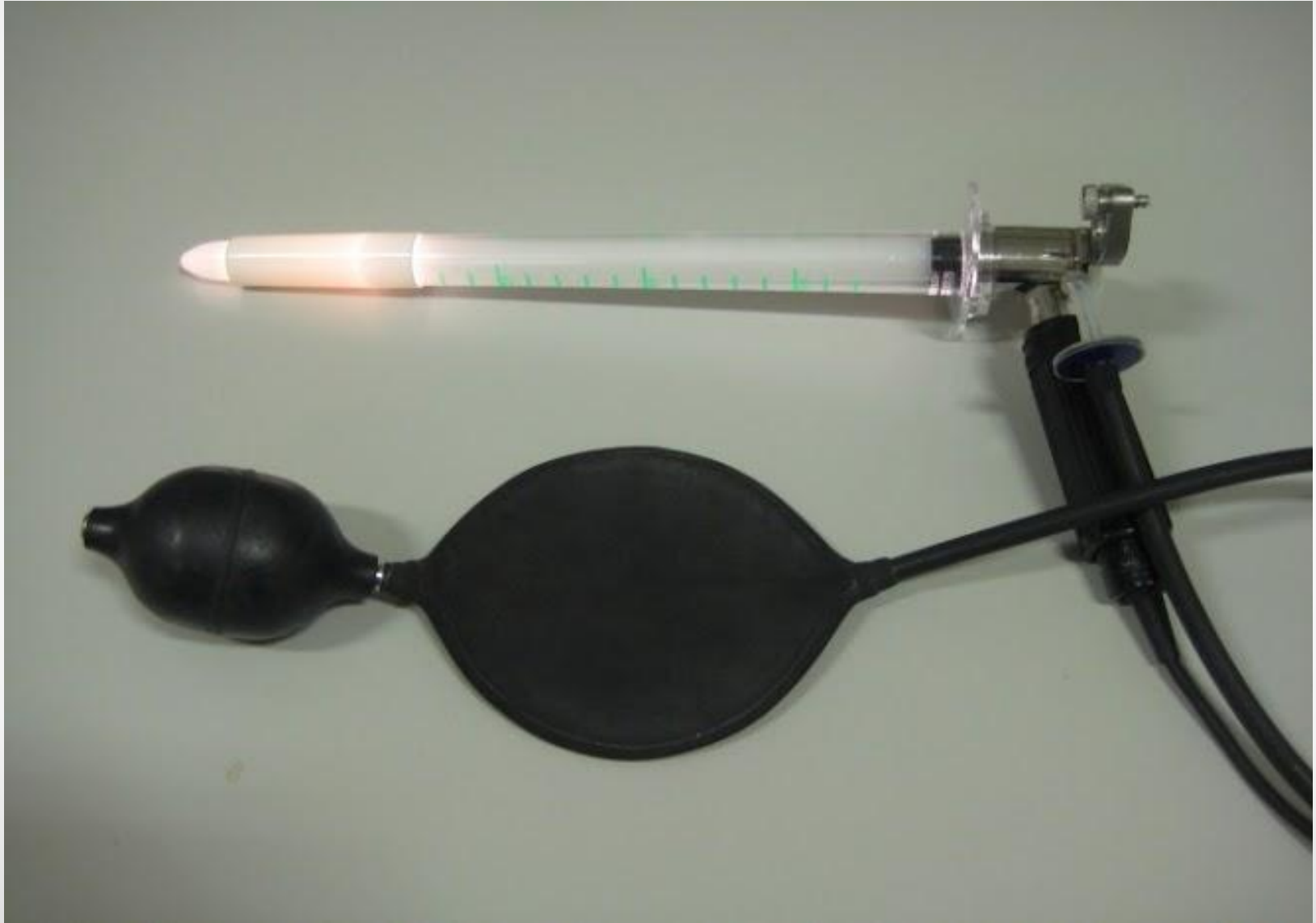
# Лечение

В большинстве случаев **гистологическая верификация** полипа как ювенильного должна предшествовать выбору метода лечения, который в свою очередь определяется числом и локализацией полипов, а также характером клинических проявлений.

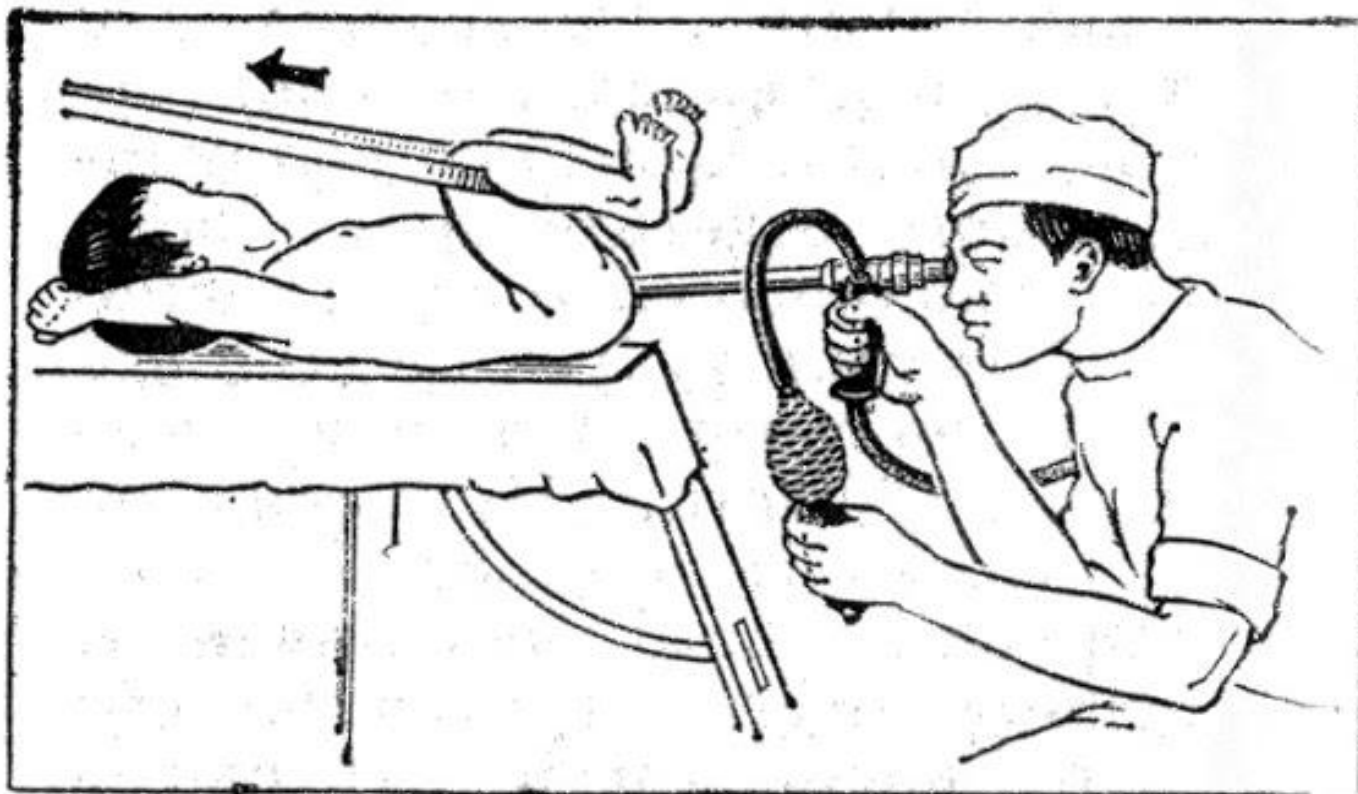
Поскольку ювенильные полипы, если их немного, не обладают потенциальной склонностью к малигнизации, то рекомендуется консервативное их лечение. Если полип можно «родить» через анус, его удаляют под контролем глаза, а если он достижим при ректороманоскопии, то удаление осуществляют с помощью специальной петли и каутера через ректоскоп. В тех случаях, когда полип(ы) не достигается при ректороманоскопии, больному следует периодически проводить ирригографию.

**Показаниями к удалению** таких полипов являются: **быстрое увеличение их размеров, массивное кровотечение, спастические боли в животе.**

# Лечение



# Лечение

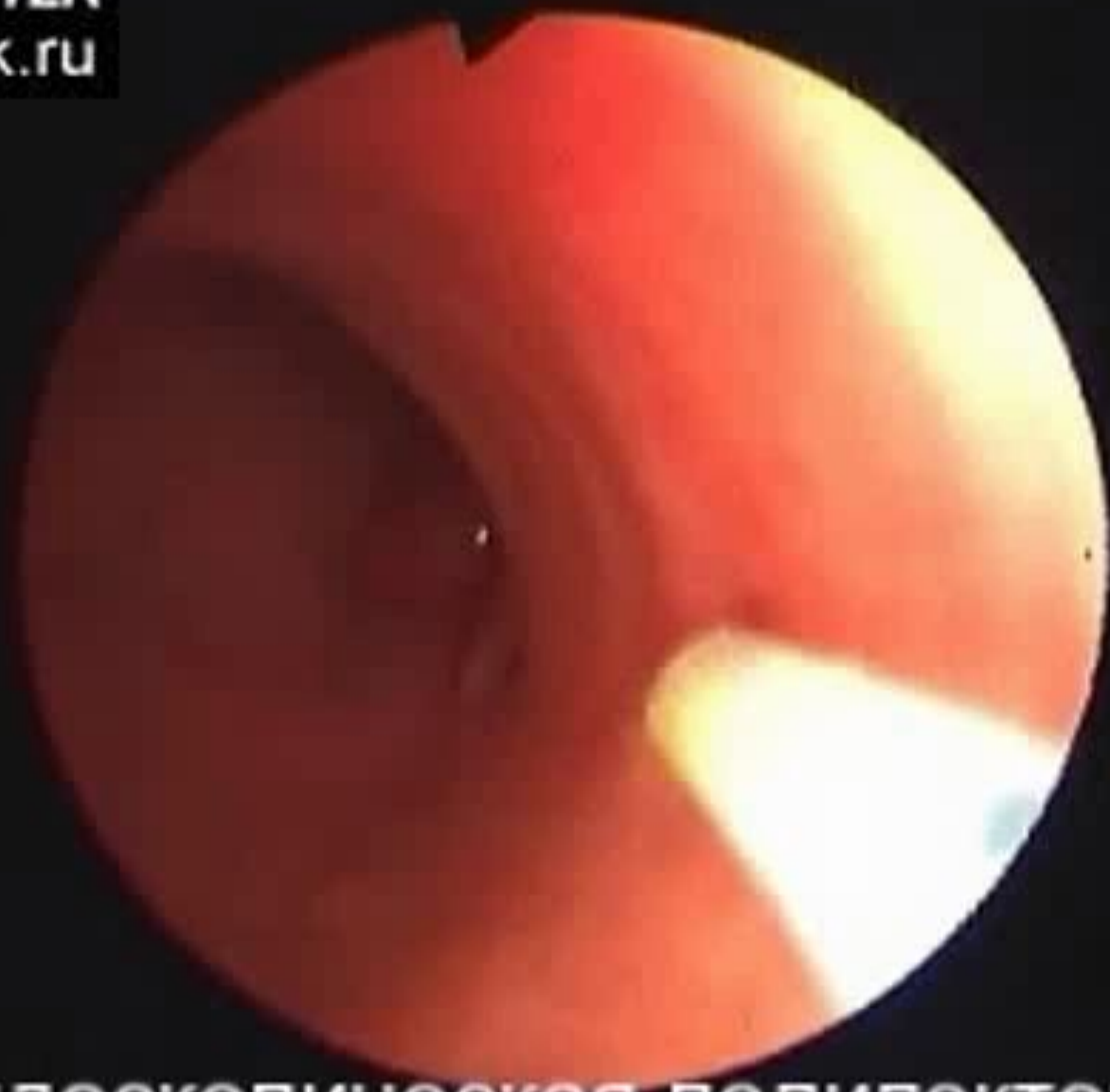


**Рис.31. Положение ребенка и врача при проведении ректороманоскопии.**

# Лечение

Если полип не достигается при ректороманоскопии и поэтому нет гистологического подтверждения диагноза, выбор метода лечения и показаний к операции основывается на тяжести клинической картины и жалоб, и данных рентгенологического обследования.

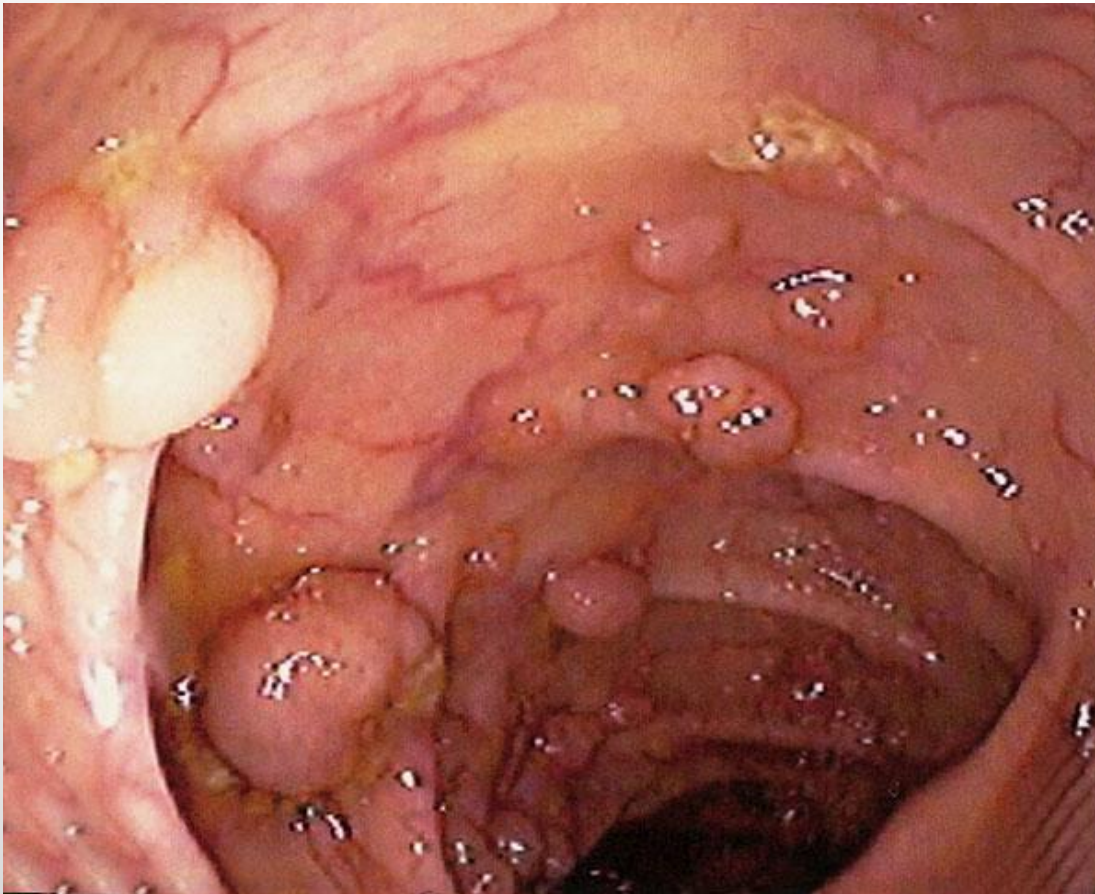
При наличии **клинических проявлений** и при **больших размерах полипа ( > 1 см в диаметре)**, имеющего **неровную поверхность** (характерную для аденоматозного полипа), его следует **удалить эндоскопически**, если это возможно. Альтернативным методом является удаление путем лапаротомии и колотомии. Однако при открытой полипэктомии частота осложнений достигает 15%, поэтому более предпочтительна **колоноскопическая полипэктомия**, которая хорошо переносится детьми.



Эндоскопическая полипэктомия  
толстого кишечника

# Ювенильный полипоз

Термин «ювенильный полипоз» употребляется для обозначения тех видов данной патологии, когда у одного больного имеется неисчислимое множество ювенильных полипов.



Ювенильный полипоз встречается чрезвычайно редко — в английской литературе существует описание менее 70 случаев этой патологии.



# Ювенильный полипоз

У одной трети больных с ювенильным полипозом данное заболевание отмечается и у других членов семьи, что подтверждает наследственный (аутосомно-доминантный) его характер. Кроме того, для этих же семей характерна необычайно высокая частота карциномы толстой кишки, причем не только у членов семьи с ювенильным полипозом, но и у тех, кто полипов не имеет.

У пациентов с ювенильным полипозом полипы могут распространяться по всему желудочно-кишечному тракту, включая желудок и тонкую кишку. Однако в толстой и прямой кишке они всегда больше по размерам и числу. У таких больных отмечается также предрасположенность к развитию в молодом возрасте карциномы толстой кишки.



# Клиника

Когда **ювенильный полипоз** возникает у маленьких детей, он очень рано проявляется симптомами, которые могут быть летальными для ребенка:

- ректальные кровотечения
- выпадение полипов
- анемия
- энтеропатия
- гипопротеинемия с анасаркой
- нарушения питания
- рецидивирующие эпизоды инвагинации

Выраженность этих проявлений прямо пропорциональна числу, локализации и размерам полипов, но находится в обратной зависимости от возраста детей. У большинства маленьких и грудных пациентов **ювенильный полипоз** заканчивается летальным исходом.



# Диагностика

Гистологический диагноз ювенильного полипоза устанавливается путем взятия биопсийного материала при эндоскопии верхних или нижних отделов ЖК тракта.



Контрастное рентгенологическое исследование (пассаж и ирригография) выявляет число и локализацию полипов, но не позволяет установить их морфологический тип.

# Лечение

Ювенильный полипоз **у детей первых двух лет жизни** требует очень активного лечения, включая полную отмену кормлений и **тотальное парентеральное питание**, что может уменьшить потерю белка и крови и снизить частоту и тяжесть нередко возникающей при данной патологии инвагинации. При стабилизации состояния ребенка показано **хирургическое вмешательство**, а именно — удаление той части кишечника, которая содержит наибольшее число полипов. Если полипоз ограничен толстой кишкой, достаточно эффективной оказывается колэктомия с илеоректоанастомозом.

**У детей старшего возраста** с ювенильным полипозом и **у молодых взрослых пациентов** выбор метода лечения определяется характером и тяжестью жалоб и клинической картины.

В ряде случаев заболевание протекает довольно безобидно, и тогда можно просто наблюдать пациентов, периодически проводя эндоскопическое обследование и биопсию.

# Лимфоидные полипы

Лимфоидные полипы по сути своей являются в большей степени **ложными** (псевдополипы), чем истинными.

В терминальном отделе подвздошной кишки эти лимфоидные скопления наибольшие по числу и размерам (чем во всех других отделах пищеварительного тракта) и носят название



**Пейеровских  
бляшек.**

# Эпидемиология

Лимфоидные полипы развиваются у маленьких детей в ответ на воздействие новых (для данного организма) вирусов и бактерий. Эти полипы начинают появляться на первом году жизни, достигая пика в своем развитии между 3-м и 4-м годами и быстро уменьшаясь после 5-го года жизни.

Проведенные тщательные исследования позволяют исключить иммунодефицитную природу лимфоидных полипов, но выявляют определенную связь с воздействием эко- и аденовирусов. Уровень иммуноглобулина всегда у этих детей нормальный.



# Клиника

Симптомы лимфоидной гиперплазии включают в себя **анемию**, развивающуюся в результате хронической кровопотери, а также **скрытые или явные (но небольшие) ректальные кровотечения**, объяснимые изъязвлением слизистой, которые обычно и являются поводом для эндоскопического или контрастного рентгенологического обследования.

**В редких случаях** локальная лимфоидная гиперплазия проявляется острым **массивным кровотечением**, особенно если большие скопления гиперплазированной ткани локализируются в терминальном отделе подвздошной кишки.

Лимфоидные полипы прямой кишки **иногда** вызывают ее **выпадение**.



# Диагностика

Диагноз устанавливается при **ирригографии (с барием и воздухом)**, выявляющей небольшие **однородные полиповидные дефекты наполнения, имеющие характерный «пупкообразный» вид**. Подобная конфигурация, напоминающая пупок, объясняется затеканием капли бария в язвенный дефект, что и обуславливает эту чрезвычайно типичную картину. Такого пупкообразного втяжения не бывает при ювенильных и аденоматозных полипах.

При **эндоскопии** видны небольшие **однородные серовато-белые выбухания нормальной (во всех других отношениях) слизистой**. У многих из этих полипов на верхушке определяется характерное изъязвление. **Лимфоидные полипы никогда не имеют ножки**. Биопсия подтверждает диагноз, выявляя лимфоидные скопления с большими зародышевыми фолликулами и с изъязвлением покрывающей их слизистой.





# Лечение

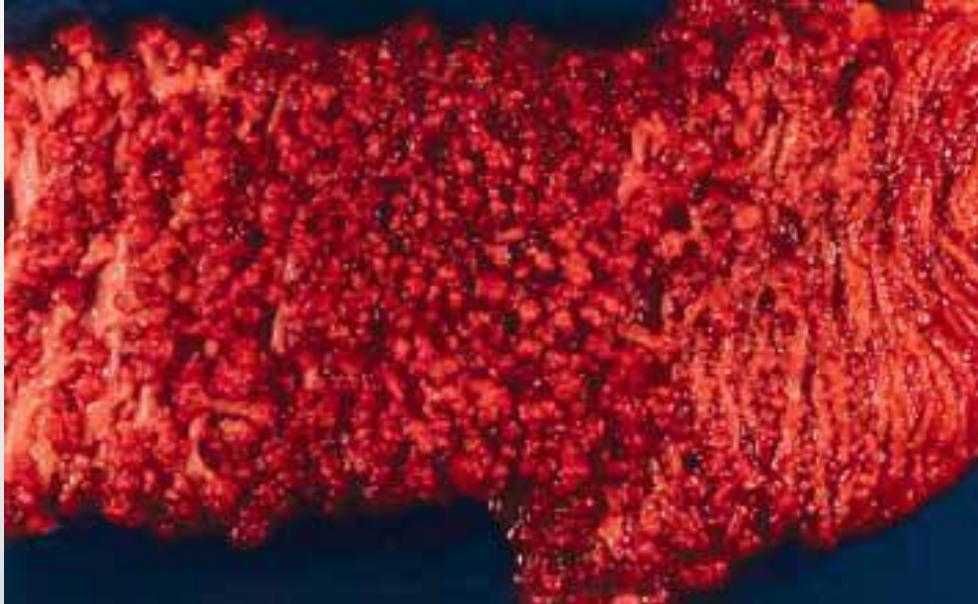
Образование лимфоидных полипов является совершенно нормальной, хотя и избыточной реакцией лимфоидной ткани на воздействие бактерий, вирусов или других агентов, вызывающих воспаление. Лимфоидные полипы **самостоятельно прекращают расти и подвергаются спонтанному регрессу**. По установлении гистологического диагноза следует ограничиться самым простым симптоматическим лечением, направленным на купирование имеющихся проявлений, при этом можно быть уверенным в неизменном исчезновении этих образований. **Хирургическое лечение** показано лишь в тех случаях, когда есть сомнения в диагнозе или такие симптомы, как **массивное кровотечение, инвагинация или кишечная непроходимость**.

•

•

# Аденоматозный (семейный) полипоз толстой кишки

Аденоматозный (семейный) полипоз толстой кишки — редкая наследственная патология, передающаяся аутосомно-доминантным путем, при которой **неисчислимо множество «предзлокачественных» аденоматозных полипов развиваются в толстой кишке** в течение первых десятилетий жизни.



По данным одного из исследований, в этиологии заболевания играет роль ген, относящийся к 5-й хромосоме. Частота наследования колеблется от 1:6000 до 1:12 000 рождений.

# Аденоматозный (семейный)

## ПОЛИПОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ

В течение первых десяти лет жизни полипы толстой кишки появляются у очень немногих из этих пациентов. Средний возраст, в котором возникают полипы, — 16 лет, а клинические проявления — в 29 лет, что же касается рака колоректального отдела кишечника, то он развивается в 36 лет (в среднем). Летальные исходы, связанные с малигнизацией, приходятся на 40 лет. Самый ранний возраст, по данным литературы, в котором отмечено появление полипов — 1 год жизни, а наиболее ранний возраст, в котором была диагностирована карцинома толстой кишки — 8 лет. Некоторые исследователи высказывают предположение о том, что дети, у которых развивается рак в молодом возрасте, могут быть гомозиготными носителями полипозного гена.

# Варианты проявлений

Подразделение больных с аденоматозным полипозом на разные группы определяется внекишечными проявлениями этого заболевания.

Наиболее частый и хорошо известный вариант данной патологии — **синдром Гарднера**, который объединяет толстокишечные полипы с опухолями мягких тканей и костей.



# Варианты проявлений

Финальным, редким подвидом этой группы наследственных заболеваний является **синдром Тюрко (Turcot)** — злокачественная опухоль мозга в сочетании с аденоматозными полипами толстой кишки. Поскольку у всех больных с данным синдромом уже в молодом возрасте развивается карцинома толстой кишки, то лечению именно этого компонента синдрома уделяется основное внимание.

# Клиника

Клиническая картина семейного полипоза толстой кишки включает в себя постепенно нарастающую по своей интенсивности хроническую **диарею с кровью** в стуле, нередко сопровождающуюся **анемией**.

К поздним проявлениям относятся **протеин-теряющая энтеропатия, нарушения питания и рецидивирующие эпизоды инвагинации**, вызванной полипами.

# Диагностика

Аденоматозный (семейный) полипоз толстой кишки диагностируется с помощью **ирригографии (с воздухом и контрастным веществом), ректороманоскопии или фиброколоноскопии** при обследовании детей из семей, где отмечается данная патология.

Возникающие полипы первоначально немногочисленны и небольшие по размерам, но со временем они постепенно увеличиваются как по размерам (до 2—3 см в диаметре), так и по числу, распространяясь по прямой и всей толстой кишке приблизительно равномерно. У каждого данного больного полипы практически одинаковы по размерам, имеют **отчетливо дольчатое строение, по виду напоминают ягоду малины.**

•

•



**Аденоматозный характер** полипов в каждом случае должен быть непременно подтвержден исследованием биопсийного материала, взятого с помощью эндоскопии. При этом достаточно бывает ректороманоскопии ригидным ректоскопом.

Этот метод эффективен в любом возрасте и как скрининговый, и как диагностический, поскольку при данном синдроме полипы практически всегда располагаются в прямой и/или нижнем отделе сигмовидной кишки, а соответственно, достижимы при исследовании.



# Лечение

При аденоматозном полипозе всегда в конечном счете возникает малигнизация, а потому **лечение должно быть радикальным** и заключается в удалении пораженной части кишечника до развития озлокачествления.

Наиболее верный способ удаления всех потенциально склонных к озлокачествлению слоев толстой кишки — **одно-этапная проктоколэктомия с наложением постоянной илеостомы**. Хотя эта операция и является лучшим средством профилактики рака толстой кишки, однако после нее больной остается с постоянной илеостомой и, кроме того, могут быть различные нежелательные последствия сопровождающих это вмешательство интенсивных хирургических манипуляций в области малого таза (например, повреждение нервов с последующей задержкой опорожнения мочевого пузыря или импотенцией у мальчиков).

# Лечение

К тому же пациенты, у которых клинические проявления заболевания незначительны, весьма негативно относятся к тем физиологическим и психологическим изменениям стиля жизни, которые влечет за собой наличие постоянной илеостомы.



# Лечение

**Наиболее рациональным методом** профилактического лечения пациентов с аденоматозным полипозом, несомненно, является **колэктомия и илеопроктоанастомоз** с последующим тщательным контролем за состоянием больного и обследованием оставшейся прямой кишки с интервалами в 3—6 месяцев для наблюдения за резидуальными или вновь появляющимися ректальными полипами. Эта операция технически проста, редко сопровождается летальностью или осложнениями и вполне приемлема для пациента с эстетической точки зрения, поскольку в результате вмешательства устанавливается новый нормальный механизм опорожнения кишечника.

Однако такие больные требуют повторных обследований (проктоскопии), при этом никогда нельзя быть уверенным в том, что когда-нибудь в дальнейшем не возникнет **карцинома прямой кишки**.



# Лечение

**Идеальной операцией** при доброкачественных полипах является удаление всех тканей, имеющих потенциальную возможность озлокачествляться. При аденоматозном полипозе толстой кишки этот идеал достигается путем **колэктомии и удаления ректальной слизистой**.

При данном вмешательстве удаляют всю слизистую прямой кишки вплоть до зубчатой линии или до анальных морганиевых складок, а подвздошную кишку низводят затем через созданный мышечный ректальный футляр и анастомозируют (подшивают) с остатком анальной слизистой.

Эта эндоректальная операция исключает необходимость массивного выделения тканей в области малого таза, позволяя пациентам после операции удовлетворительно контролировать опорожнение кишечника, хорошо удерживать не только стул, но и газы. Практически исключить каломазание.

# Прогноз

Независимо от способа профилактики колоректальной карциномы, к сожалению, нет никакого метода, позволяющего предотвратить у этих пациентов развитие внекишечных проявлений данного синдрома, частота возникновения которых с возрастом нарастает.



# Синдром Пейтца-Егерса

Синдром Пейтца-Егерса (Peutz-Jeghers syndrome, PJS) – это наследственное заболевание, при котором повышается риск образования полипов в желудочно-кишечном тракте, а также рака груди, кишечника, поджелудочной железы, желудка, яичников и других органов.

Ген STK11, также известный как LKB1 ген – это единственный ген, который пока удалось связать с данным заболеванием. Мутация (альтерация) гена STK11 приводит к развитию PJS. Ученые предполагают, что есть и другие гены-виновники этой болезни, но они пока не изучены.

Вероятность рака в течение жизни у людей с синдромом Пейтца-Егерса составляет порядка 93%.





**Коричневато-черные меланиновые пятна на губах у 8-летней девочки, специфичные для синдрома Пейтца-Егерса.**

# Клиника

Наиболее частыми симптомами, позволяющими заподозрить данную патологию, являются анемия (в результате хронической кровопотери) и приступообразные боли в животе, которые обычно связаны с инвагинацией, только начинающейся или уже состоявшейся.

По данным одного из исследований, у 5 пациентов (7%) при расположении полипов в прямой кишке первым проявлением этого синдрома было выпадение прямой кишки или самого полипа.





# Диагностика

Критерии, которые позволяют предположить синдром Пейтца-Егерса:

- Характерные пигментные пятна на лице, пальцах.
- Наличие гамарматозных полипов в ЖКТ.
- Полипы в тонком кишечнике.
- Наличие родственников с PJS.

Люди, у которых предполагают синдром Пейтца-Егерса, должны пройти генетический анализ на наличие мутации STK11.

# Лечение

Выбор метода лечения **определяется числом, размерами и локализацией полипов, а также тяжестью клинических проявлений.** У пациентов с бессимптомным течением заболевания, пигментацией слизистой рта и локализацией полипов в тонкой кишке никакое лечение вообще не требуется. Если же при наличии полипов в тонкой кишке возникает массивное кровотечение или инвагинация, показано оперативное вмешательство — множественная полипэктомия из небольших разрезов кишки непосредственно в зоне локализации полипов.

# Прогноз

При PJS у больных в течение жизни имеется высокий риск следующих типов рака:

- Колоректальный рак: риск 40%.
- Рак молочной железы: 50%.
- Рак поджелудочной железы: 35%.
- Рак желудка: 30%.
- Рак яичников: 20%.
- Рак легких: 15%.
- Рак тонкого кишечника: 12%.
- Рак шейки матки: 10%.
- Рак тела матки: до 10%.
- Рак яичек: до 10%.
- Рак пищевода: 2%.

# Наблюдение

Общий скрининг на рак для детей больных PJS,  
рекомендуемый в США:

- Эндоскопическое исследование желудка и пищевода: начиная с 10-летнего возраста, каждые 2 года.
- Колоноскопия: начиная с 10-летнего возраста, каждые 2 года.



Хорошего дня и  
оформленного стула.