

ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия  
последипломного образования» Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

# **Эпителиальные и неэпителиальные опухоли толстой кишки**

Пособие для врачей

2-е издание, переработанное и дополненное

Иркутск  
ИГМАПО  
2015

ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия  
последипломного образования» Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

# **Эпителиальные и неэпителиальные опухоли толстой кишки**

Пособие для врачей

2-е издание, переработанное и дополненное

Иркутск  
ИГМАПО  
2015



## Оглавление

Список сокращений .....	4
Введение .....	5
ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ .....	5
Полипы .....	6
Аденома (аденоматозный полип) .....	6
Ворсинчатая аденома (опухоль) .....	8
Гиперпластический (метапластический) полип .....	10
Ювенильный полип .....	12
Полип Пейтца–Егерса .....	12
Диагностика полипов .....	14
Полипоз толстой кишки .....	18
НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ .....	24
Липома .....	24
Гладкомышечные опухоли .....	26
Лейомиома .....	27
Леомиосаркома .....	28
Лимфангиома .....	29
Гемангиома .....	29
Сосудистая эктазия ободочной кишки .....	30
Доброкачественная лимфома (лимфоидный полип) .....	31
Злокачественная лимфома .....	31
Дифференциальная диагностика .....	33
Заключение .....	34
Библиографический список .....	35

УДК 616.3  
ББК 55.694.33  
Э71

*Утверждено методическим советом ГБОУ ДПО ИГМАПО 08.10.2015 г.*

Рецензенты:

В.Г. Лалетин – д-р мед. наук профессор кафедры онкологии  
и лучевой терапии ИГМУ;

В.Ф. Соботович – канд. мед. наук доцент кафедры хирургии ИГМАПО

Авторы:

*Р.И. Расулов, В.В. Дворниченко, Н.А. Москвина,  
Е.В. Панферова, Ю.К. Батороев*

**Э71**      **Эпителиальные и неэпителиальные опухоли толстой кишки: пособие для врачей / Р.И. Расулов [и др.]. – 2-е изд. перераб. и доп. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2015. – 36 с.**

Пособие содержит сведения по морфологии, клинике, диагностике эпителиальных и неэпителиальных опухолей толстой кишки. Особое внимание уделено эндоскопической и гистологической картинам изучаемых опухолей.

Предназначено для онкологов и врачей общей лечебной сети.

**УДК 616.3**  
**ББК 55.694.33**

© ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2015

---

Формат 60x84 1/16. Гарнитура Arial. Бумага SvetoCopi.  
Уч.-изд. л. 2,3. Тираж 100. Заказ 1/178.

Отпечатано в РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО.  
664079, Иркутск, мкр. Юбилейный, 100, к. 302.  
Тел.: (3952)46-69-26. E-mail: igiuvpress@yandex.ru



## Введение

Опухоли (син.: новообразования, бластомы) – патологические разрастания тканей, состоящие из качественно изменившихся клеток, которые становятся атипичными в отношении дифференцировки, характера роста и других процессов. Эти свойства опухолевых клеток передаются потомству.

Различают доброкачественные и злокачественные опухоли. Доброкачественные опухоли растут медленно, лишь отодвигая, раздвигая, а иногда и сдавливая окружающие ткани, но не прорастая в них. Злокачественные опухоли отличаются инфильтративным (инвазивным) ростом: они прорастают в окружающие ткани и разрушают их. С этим связана характерная для злокачественных новообразований возможность метастазирования.

Диагностика опухолей проводится теми же методами, что и распознавание других заболеваний. В ее основе лежит тщательное клиническое обследование больного. Современная онкология не располагает возможностью постановки диагноза опухоли на основании результатов какого-либо одного лабораторного исследования. Исключение составляют опухолевые заболевания крови, так как при лейкозе исследование крови может играть решающую роль в диагностике, поскольку сама система кроветворения является в данном случае очагом развития опухолевого процесса. Наиболее легко распознаются опухоли кожи, нижней губы, молочной железы, шейки матки, доступные для осмотра и взятия материала для морфологического исследования.

В данном пособии рассматриваются опухоли толстой кишки – эпителиальной и неэпителиальной природы.

## ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ

Существуют различные гистологические типы полипов. На основании особенностей гистологического строения различают аденоматозные, гиперпластические, ювенильные полипы, полипы Пейтца – Егерса и другие. Термин «полип» не является гистологическим понятием, хотя иногда используется в качестве синонима аденоматозного полипа. Полип – это любое образование, возвышающееся над уровнем слизистой и выступающее в просвет кишки. Если не вдаваться в нюансы гистологического строения, то макроскопическая картина различных полипов может быть довольно схожей. Значение полипов заключается в возможности их малигнизации. Способностью к злокачественному перерождению обладают только аденоматозные полипы. Большинство полипов можно удалить путём эндоскопической полипэктомии, поэтому с клинической точки зрения макроскопическая дифференцировка не представляется столь важной.

## Список сокращений

П–Е	Пейтц – Егерс
СПТК	семейный полипоз толстой кишки
НЯК	неспецифический язвенный колит
ЖКТ	желудочно-кишечный тракт
БК	болезнь Крона
ЦНС	центральная нервная система
БКТК	болезнь Крона толстой кишки
<i>RRS</i>	ректороманоскопия



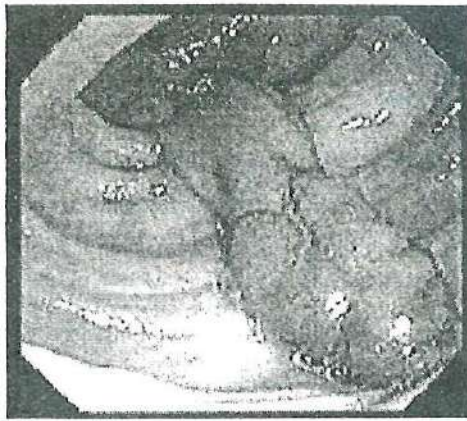


Рис. 2. Железисто-ворсинчатая аденома толстой кишки

Большинство аденом 10 мм в диаметре и менее являются истинно тубулярными аденомами. Аденомы более 10 см в диаметре зачастую имеют как тубулярный, так и ворсинчатый компонент роста, но при этом по мере увеличения размера полипов отмечается тенденция к преобладанию villous компонента. Тубулярные и villous-тубулярные аденомы имеют широкое основание или ножку, что зависит, как правило, от их размера. Мелкие аденомы имеют сферическую форму. У крупных аденом отмечается тенденция располагаться на ножке. У мелких аденом поверхность гладкая, ровная, дольчатость отсутствует, тогда как крупные аденомы часто имеют дольчатую поверхность.

Тубулярная аденома состоит из плотно упакованных железистых трубочек – пакетов желез слизистой оболочки, облегающих соединительнотканную строму. Новообразованные железистые трубочки ориентированы преимущественно перпендикулярно мышечной пластинке слизистой. Ножка, если таковая имеется, состоит из нормальной слизистой оболочки и мышечной пластинки слизистой, окружающих сердцевину из подслизистых тканей.

Тубулы аденомы могут иметь правильную, хорошо дифференцированную структуру или же выглядеть в значительной степени деформированными. Отмечаются гиперхромия и увеличение количества ядер, которые занимают более значительную часть клетки по сравнению с нормальной слизистой оболочкой. Количество внутриклеточной слизи резко снижено. На основании структурных и ядерных изменений можно выделить незначительную, умеренную и выраженную атипичность клеток. Могут отмечаться различной степени полиморфизм ядер, утрата полярности, слоистость и фигуры митоза.

Аденомы могут содержать в себе фокусы беспорядочной железистой пролиферации, имеющие выраженную клеточную атипичность (фокальная малигнизация). Аденомы с фокальной малигнизацией, но без признаков инвазивного роста считаются клинически доброкачественными. Диагноз инвазивной карциномы можно ставить лишь в том случае, если опухоль прорастает мышечную пластинку слизистой оболочки. C.H. Shatney et al.

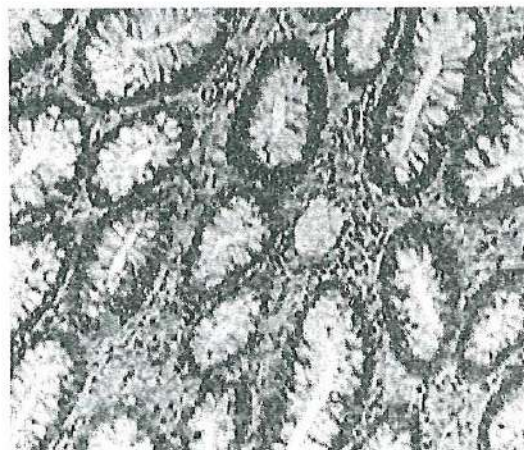


Существует множество заболеваний, при которых в толстой кишке обнаруживают многочисленные полипы. Среди этих заболеваний наибольшую важность имеет семейный полипоз (аденоматоз) толстой кишки.

## Полипы

### *Аденома (аденоматозный полип)*

Аденома является истинным новообразованием. Это локализованная пролиферация железистого эпителия. Существует три различных гистологических варианта аденомы в зависимости от соотношения тубулярного и villous железистого эпителия: тубулярная, тубуло-villous и villous аденомы. Тубулярная аденома состоит преимущественно из ветвящихся железистых трубочек (тубул), погружённых в собственную пластинку или окружающих её (рис. 1).



*Рис. 1. Тубулярная аденома толстой кишки*

Железисто-ворсинчатая аденома имеет как тубулярный, так и villous (ворсинчатый) компоненты, а также переходные структуры между железистым и ворсинчатым типами (рис. 2). Количество секретируемой слизи также занимает промежуточное значение между железистым и ворсинчатым типами аденом. Эти два типа аденом (железистый и железисто-ворсинчатый) нередко называют «обычные аденомы» или просто «аденомы». Villous (ворсинчатая) аденома состоит из заострённых или приплюснутых пальцевидных отростков собственной пластинки, покрытых эпителием, который достигает мышечной пластинки слизистой. Внутри третьего типа аденом имеются несущественные различия в зависимости от модели роста кишечного эпителия.

Villous аденомы отличаются от обычных аденом по многим параметрам, поэтому эти аденомы описываются отдельно.



торых ворсинчатых аденом является выделение в различных количествах богатой электролитами слизи. Некоторые крупные ворсинчатые аденомы секретируют до 3 л слизи в сутки. Иногда даже несколько снижается концентрация ионов калия сыворотки крови. Вполне возможно, что опухоль, локализуемая в прямой кишке, частично ответственна за электролитный дисбаланс, так как протяжённость резорбирующей кишечной стенки дистальнее опухоли незначительная.

Другими симптомами являются боли внизу живота, запоры, боли в заднем проходе и проляпас опухоли. Однако у 8–24 % больных, имеющих ворсинчатую аденому, симптоматика отсутствует.

Ворсинчатые аденомы являются, как правило, крупными, состоящими из бесчисленных выростов полипоидными образованиями на широком основании, имеющими неправильную форму и чёткие границы (рис. 3). Выросты объединены в группы, отделённые друг от друга глубокими бороздами, что создаёт впечатление бородавчатой поверхности. Иногда поражается вся поверхность слизистой оболочки прямой кишки от ануса до сигмы. На основании внешних проявлений можно выделить три типа ворсинчатых аденом: 1) плоский (новообразование имеет стелющийся, ковровый рост); 2) на несколько суженном основании (опухолевые массы более сгруппированы); 3) в виде полипа на ножке. Ворсинчатые аденомы второго типа встречаются наиболее часто, а аденомы третьего типа составляют около 10 %, хотя фигурирует такой показатель, как 20 %. Ножка ворсинчатой аденомы, как правило, короткая и широкая. Ворсинчатые опухоли могут достигать значительных размеров, достаточных, чтобы стать причиной дисхезии. Но опухоль редко полностью перекрывает просвет кишки. При отсутствии инвазии кишечная стенка в области поражения обычно нормально растяжимая и эластичная. Доброкачественная ворсинчатая опухоль имеет мягкую консистенцию, податливая, хорошо смещается при пальпации и может быть даже пропущена при пальцевом исследовании. Окраска ворсинчатых полипов, как правило, более бледная, чем у обычных аденоматозных. При наличии широкого основания или стелющегося проста и бледной окраски поверхности граница между опухолью и нормальной слизистой оболочкой иногда трудно различима.

Ворсинчатые аденомы образуются непосредственно из слизистой оболочки в виде крупных, поверхностно расположенных опухолей, распространяющихся по окружности просвета кишки. Они состоят из листовидных эпителиальных элементов, растущих вертикально по отношению к просвету кишки. Разветвление листовидных эпителиальных структур делает их более частыми и заострёнными, в результате чего они внешне напоминают ворсинки слизистой оболочки тонкой кишки. Бокаловидные клетки секретируют слизь в обильном количестве. Соединительнотканная строма представлена в скудном количестве.

Существует единое мнение, что малигнизация чаще обнаруживается в ворсинчатых полипах, чем в обычных аденомах. Злокачественную транс-



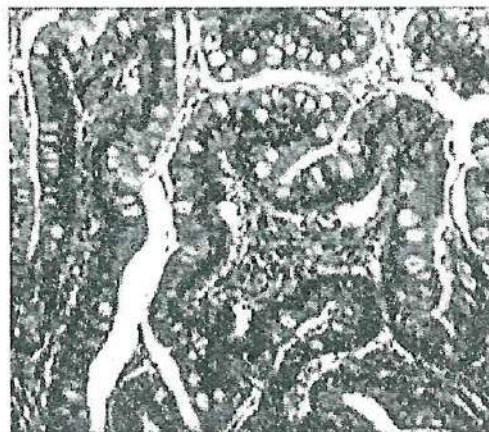
(1976) полагают, что при таком поражении фокусы carcinoma in situ являются первой стадией развития последующего инвазивного рака.

Присутствие доброкачественного аденоматозного эпителия глубоко в мышечной пластинке слизистой (псевдокарциноматозная инвазия) представляет проблему для неопытных патоморфологов. Такое явление нередко сочетается с крупными аденомами на ножках. Дифференциальная диагностика с истинной инвазией возможна при отсутствии цитологических критериев малигнизации. Кровотечение или отложение гемосидерина вблизи желез предполагает механическое повреждение.

### ***Ворсинчатая аденома (опухоль)***

В 1948 г. D. Sunderland и G. Binkley впервые выделили ворсинчатую аденому среди других (обычных) аденом толстой кишки. При значительных размерах ворсинчатая аденома чётко отличается от обычных аденом толстой кишки. Ворсинчатые аденомы имеют редкостные макроскопические и гистологические проявления. Термином «ворсинчатая опухоль» пользуются тогда, когда истинный характер опухоли до конца не выяснен и имеются сомнения в доброкачественности новообразования.

Виллёзные аденомы составляют примерно 2,5 % от всех колоректальных аденом, хотя в литературе фигурируют и более высокие показатели – 8 %. Эти аденомы почти всегда одиночные, встречаются преимущественно в прямой кишке и редко обнаруживаются в проксимальных отделах ободочной кишки. Лишь в 20 из 261 случаев Н.Е. Васон (1948) констатировал локализацию ворсинчатых аденом проксимальнее сигмовидной кишки.



*Рис. 3. Ворсинчатая аденома толстой кишки*

Ворсинчатые аденомы встречаются преимущественно в пожилом возрасте и наиболее часто у пациентов, находящихся на шестом-седьмом десятилетии жизни. Наиболее часто встречающийся симптом – ректальное кровотечение (в 40–79 % случаев). Примечательным признаком неко-



ковых опухолей, а иногда и в других отделах толстой кишки. Гиперпластические полипы могут быть солитарными и множественными, но наиболее часто встречается множественное поражение. С увеличением возраста частота обнаружения гиперпластических полипов возрастает, то есть у пожилых людей они встречаются чаще. Их можно сравнивать с сенильной гиперплазией других локализаций. Симптоматика, свойственная полипам, у больных с гиперпластическими полипами совершенно отсутствует. Существует заболевание, называемое гиперпластическим полипозом, при котором имеются многочисленные гиперпластические полипы.

Макроскопическая картина гиперпластических полипов характеризуется сферической формой, отсутствием ножки (полипы плоского типа), гладкой поверхностью и белесоватой окраской по сравнению с окружающей слизистой оболочкой (рис. 4).

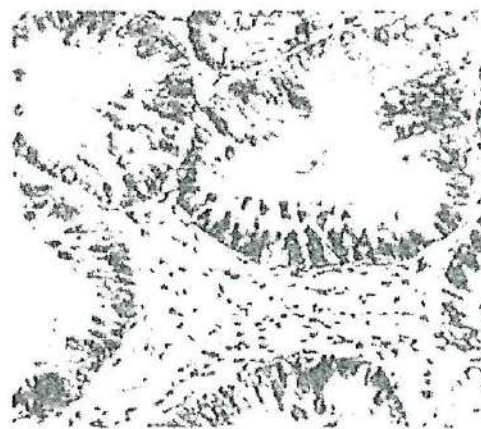


Рис. 4. Гиперпластический полип толстой кишки

Несмотря на то что гиперпластические полипы чётко выделяются на фоне нормальной слизистой оболочки, изменения носят больше количественный характер, чем качественный.

Удлиненные и расширенные крипты гиперпластических полипов имеют зубчатый вид. Количество бокаловидных клеток уменьшено, преобладают абсорбирующие клетки. Выраженные проявления напоминают секреторный эндометриоз.

Гиперпластические полипы имеют характерные гистологические проявления, в большинстве случаев их можно отличить от аденоматозных полипов. В редких случаях встречаются аденомы на ножке с дольчатой верхушкой, имеющие своеобразные гистологические проявления, напоминающие гиперпластические полипы. Аденомы состоят из нескольких желез, разделённых богатой стромой. Железы имеют папиллярную форму или внешне напоминают зубья пилы. Диагностика аденомы возможна на основании наличия структурного и клеточного атипизма даже лёгкой степени выраженности.



формацию можно определить в виде зон уплотнения или изъязвления. Согласно данным С.Е. Welch (1971), инвазивный рак развился у 74 из 258 больных, имевших ворсинчатую аденому. Свыше 17 % ворсинчатых аденом содержат в себе очаги злокачественного перерождения. Малигнизацию можно констатировать лишь тогда, когда явно определяется инфильтрация. Мелкие препараты могут стать источником диагностических ошибок, поэтому биопсия имеет весьма ограниченное значение в верификации злокачественной трансформации. При повторном тщательном изучении биоптатов, первоначально признанных доброкачественными, в 10–50 % случаях определяются признаки злокачественного роста. При частичной или тотальной полипэктомии добывается более информативный материал, определяющий лечебную тактику. Рецидив в зоне эксцизии наблюдается приблизительно в 7–10 % случаев.

Ворсинчатая аденома локализуется преимущественно в прямой кишке и в большинстве случаев диагностируется при пальцевом ректальном исследовании или сигмоидоскопии. В одном серийном обследовании диагностика ворсинчатой аденомы была осуществлена с помощью вышеуказанных методик в 34 из 37 случаев. Типичные ворсинчатые аденомы имеют нечёткие контуры и бледную окраску. Бесчисленные ворсинчатые выросты в своей массе обуславливают характерную моховидную визуальную картину, что обеспечивает возможность эндоскопической диагностики новообразования. При небольших размерах ворсинчатые аденомы внешне напоминают отдельно растущие сидячие полипы. Тем не менее, при внимательном осмотре можно различить стекловидные ворсинчатые структуры и борозды. Виллезную аденому на ножке трудно отличить от обычной аденомы.

В большинстве случаев выполнения ирригоскопии не требуется, но при постановке предоперационного диагноза рентгенологическая картина довольно характерна. Описаны отсутствие инфильтрации вблизи зоны поражения, крапчатый, пятнистый, испещрённый характер поверхности («мыльная пена» или «бульжная мостовая»), а также характерная эластичность, определяемая по изменению размеров и формы образования при пальпации кишки, заполненной барием, во время рентгенологического исследования.

### ***Гиперпластический (метапластический) полип***

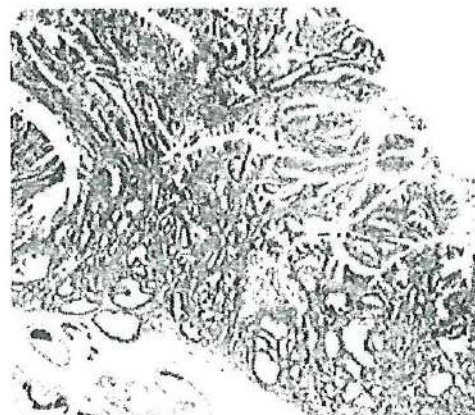
Гиперпластические полипы, вероятно, являются полипами, которые обнаруживаются в толстой кишке наиболее часто. Их патогенез неизвестен. Сущность гиперпластических полипов отличается от таковой аденоматозных и заключается в нарушении созревания нормального эпителия слизистой оболочки. Рост гиперпластических полипов ограничен (их размер редко превышает 5 мм), и они не обладают потенциалом злокачественного перерождения. Наиболее типичной локализацией гиперпластических полипов является прямая кишка, их также нередко обнаруживают вблизи ректальных ра-



тых пятен, локализующихся в основном на губах и слизистой оболочке щёк, а также на фалангах пальцев. Преимущественной локализацией полипов является тонкая кишка, но они встречаются также в желудке и толстой кишке. Полипы могут быть солитарными, но обычно они множественные. В большинстве случаев общее количество полипов не так велико, как при семейном полипозе, и насчитывает около дюжины.

Макроскопические проявления полипов Пейтца–Егерса напоминают таковые аденом сходного размера. Полипы могут быть крупными и достигать 5 см в диаметре. Крупные полипы имеют ножку, их поверхность гиперемирована и эрозирована.

Полипы П-Е имеют разветвлённую строму, состоящую из мышечной пластинки слизистой в сочетании с гиперплазированным железистым эпителием (рис. 6).



*Рис. 6.* Полип Пейтца–Егерса

Железистый эпителий напоминает слизистую оболочку матки. Гиперплазированные железы содержат большое количество бокаловидных клеток. В индивидуальных случаях отмечается удлинение желез, иногда они могут быть изогнутыми и спиралевидными. Железистая гиперплазия, как правило, не сопровождается атипизмом. Полипы П-Е представляют собой гамартомы и не рассматриваются в качестве предракового заболевания. Тем не менее было несколько сообщений о злокачественных опухолях ЖКТ. Сочетание синдрома П-Е и гастроинтестинальной карциномы достоверно документировано. В. Cochet et al. (1976) сообщают о двух случаях метастазирующей карциномы ЖКТ, при которых отмечались очаги дисплазии в гамартомных полипах. Этот факт говорит о том, что полипы П-Е пролиферируют и могут быть предшественниками рака.

Описаны случаи синдрома П-Е с несколькими полипами в ободочной кишке. А. J. McAllister, K. F. Richards (1977) сообщают, что во всех полипах определялась типичная гистологическая картина, свойственная этому заболеванию, а в одном из них – очаг дисплазии тяжёлой степени в пределах слизистой оболочки.



Известны больные с синдромом П–Е, имевшие опухоли иной локализации (яичник, молочная железа, шейка матки), а не только ЖКТ. Опухоли яичника со склонностью к зернисто-клеточному типу развиваются чаще у женщин с синдромом П–Е, чем в общей популяции.

### *Диагностика полипов*

Если количество полипов невелико и они имеют небольшие размеры, то симптоматика в большинстве случаев отсутствует. Даже при крупных размерах полипов симптомы иногда отсутствуют. Тем не менее симптоматика во многом зависит от размера полипов, невзирая на их гистологическое строение. Принципиально важным симптомом является кровотечение. Полипы являются редкой первопричиной симптомов, по поводу которых больные обращаются за медицинской помощью. Поэтому шанс первичного обнаружения полипов имеется при проведении профилактических осмотров или обследования по поводу какого-либо другого заболевания ЖКТ.

Частота обнаружения колоректальных аденом в значительной степени варьирует в зависимости от применяемого метода обследования и характера обследуемого контингента. В прежнее время обнаружение аденом толстой кишки зависело главным образом от рентгенологического исследования и ректороманоскопии (RRS). На основании данных большинства проведённых исследований подчёркивается преимущественная левосторонняя локализация аденом. Тем не менее на основании множества аутопсий с проведением тщательного исследования всей толстой кишки справедливо замечено, что полипы распределяются равномерно по всем её отделам. Недавнее внедрение в практику колоноскопии и ирригоскопии с двойным контрастированием ознаменовало начало новой эры в диагностике полипов ободочной кишки. Частота обнаружения полипов при двойном контрастировании составляет около 12 %, что сопоставимо со средними показателями при аутопсии.

С возрастом увеличивается частота обнаружения полипов и рака толстой кишки. В связи с этим рекомендуется проведение по определённой схеме массовых обследований лиц пожилого возраста, предъявляющих незначительные жалобы и имеющих незначительно выраженную симптоматику. Имеющиеся сообщения основаны на данных RRS. С помощью этого метода исследования аденоматозные полипы были обнаружены в 2–8 % случаев у лиц с маловыраженной симптоматикой. Проведение массового профилактического обследования всей ободочной кишки с помощью колоноскопии невозможно из-за высокой стоимости исследования, его трудоёмкости и ограниченного числа специалистов. Более широкое применение должна найти частичная колоноскопия с осмотром левых отделов толстой кишки.

У больного с аденомой (или раком) имеется высокая тенденция к развитию вторичных и третичных аденом или рака, поэтому важное значение имеет повторное обследование таких больных.



Н.Ж. Bussey (1985) при проведении обследования в госпитале Св. Марка обнаружил, что более чем у 1/4 пациентов с аденомами отмечается множественное поражение полипами. Однако больных, у которых было более 5 аденом, насчитывалось 83 (4,5 %) среди 1 846 больных с аденомами. Больные, у которых имеется более 100 аденом, почти всегда страдают диффузным полипозом толстой кишки.

**Рентгенологическое исследование.** С помощью идеально выполненной ирригоскопии с двойным контрастированием можно обнаружить различные полиповидные образования толстой кишки (рис. 7). Для обнаружения колоректальных полипов ирригоскопия применяется реже колоноскопии.

На обычной рентгенограмме полипы определяются в виде дефектов наполнения. С помощью современной методики двойного контрастирования можно определять контуры полипов. Крайне важна наглядная демонстрация ножки, являющейся убедительным доказательством наличия полипа.

Можно получить контрастное изображение ножки в профиль или визуализировать её через верхушку полипа, если последняя прикрывает ножку (симптом «мексиканской шляпы»). Для контрастирования ножки необходимы многочисленные проекции. При наличии крупной верхушки полипа получение удовлетворительного изображения ножки нередко сопровождается трудностями.

I. Lauffer (1976), используя ирригоскопию с двойным контрастированием, обнаружил 6 полипов (8 % от 72 полипов), которые были пропущены при колоноскопии. Однако при ирригоскопии всегда имеется риск получения ложноположительных результатов. R.F. Thoeni и L. Menuck (1977) сообщают, что ложноположительные результаты имеют место примерно в 5 % случаев.

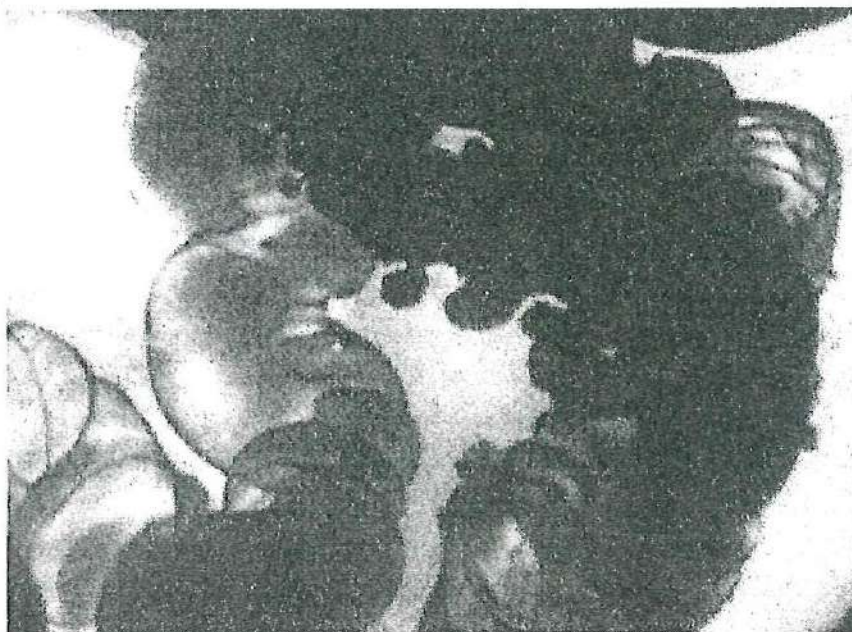


Рис. 7. Ирригоскопия с двойным контрастированием



## Ювенильный полип

Ювенильные полипы, как это следует из названия, наиболее часто встречаются у детей и подростков. Средний возраст больных составляет 4–5 лет. Однако изредка ювенильные полипы обнаруживаются и у взрослых. Наиболее типичной локализацией поражения являются прямая и сигмовидная кишки. Иногда ювенильные полипы неожиданно-негаданно встречаются в проксимальных отделах ободочной кишки.

У большинства выявленных полипов имеется тонкая ножка, в состав которой не входит мышечная пластинка слизистой. Поверхность ювенильного полипа гладкая, редко она бывает дольчатая. Тем не менее верхушка полипа нередко эрозирована и слегка кровоточит. Ювенильные полипы имеют различные размеры, но их диаметр редко превышает 2 см. Микроскопическое строение ювенильного полипа характеризуется наличием избыточного количества эпителиальных трубочек, вмурованных в собственную пластинку (рис. 5). Размер и форма тубул могут быть разнообразными, но признаки атипизма отсутствуют.

Эпителиальные трубочки выглядят извитыми и кистозно-расширенными, они заполнены слизью и воспалительно-клеточными элементами. Отмечается значительное утолщение собственной пластинки и пространное разделение её трубочками. Мышечная пластинка слизистой остаётся незатронутой. Поверхность покрыта однорядным цилиндрическим эпителием.

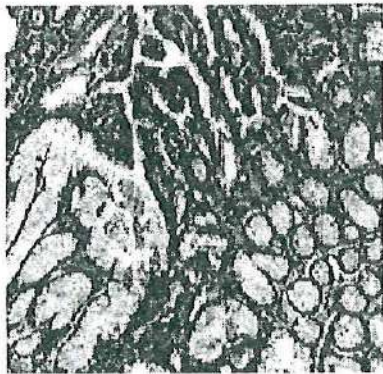


Рис. 5. Ювенильный полип толстой кишки

Существует две теории патогенеза ювенильных полипов. Одни считают, что эти полипы имеют чисто воспалительное происхождение, другие допускают гамартонную мальформацию собственной пластинки и желез.

Основным симптомом является анальное кровотечение, которое имеет, как правило, переходящий характер и редко бывает профузным. Иногда полип может выпадать из ануса. Часто у больных с ювенильными полипами симптоматика отсутствует. При пальцевом ректальном исследовании отмечается более плотная консистенция ювенильного полипа, чем аденоматозного полипа подобного размера.

## Полип Пейтца–Егерса

Синдром Пейтца–Егерса (П–Е) – наследственное заболевание, характеризующееся сочетанием полипов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), пигментации кожи и/или слизистых оболочек.

Заболевание передаётся путём наследования доминантного гена (по Менделю). Слизисто-кожная пигментация представлена в виде веснушча-



2. Полулунные складки. В поперечной и восходящей кишках они высокие, поэтому мелкие полипы легко скрываются в межскладочных пространствах.

3. Кишечное содержимое (жидкое или оформленное).

4. Выраженная кишечная моторика.

Помимо обнаружения полипов важность эндоскопии заключается в том, что она позволяет выяснить, имеет полип ножку или нет. Ножка часто бывает скрыта за полулунной складкой, особенно в области изгиба ободочной кишки. Иногда ножка прикрывается верхушкой полипа или кишечным содержимым, поэтому в ряде случаев полип, который на первый взгляд имеет широкое основание, может иметь ножку. Возможно, полулунные складки иногда напоминают ножки полипов. При изменении положения пациента или с помощью биопсийных щипцов можно установить наличие или отсутствие ножки. Как и в случае ирригоскопии, установление наличия ножки затруднительно при крупных размерах верхушки полипа, особенно в области изгибов ободочной кишки.

**Дифференциальная диагностика.** Как аденоматозные, так и гиперпластические полипы размером менее 5 мм, как правило, имеют широкое основание, сферическую форму и гладкую поверхность. Поэтому эндоскопическая дифференциальная диагностика этих полипов нередко затруднена, хотя и возможна. Гиперпластические полипы обычно бледнее аденоматозных. Вероятность наличия аденоматозных полипов возрастает с увеличением размера полипов, что необходимо принять во внимание. Гиперпластические полипы встречаются редко, поэтому среди полипов более 5 мм в диаметре преобладают аденомы. Аденомы от 5 до 9 мм в диаметре имеют широкое основание или ножку. Поверхность мелких аденом гладкая и, как правило, не дольчатая.

Более крупные полипы имеют ножку независимо от их гистологического строения. Согласно наблюдениям R.J. Jackman и O.H. Beahrs (1968), 70 % аденом более 10 см в диаметре имели ножку, а 30 % – широкое основание. По сравнению с окружающей слизистой оболочкой поверхность верхушек крупных полипов выглядит зернистой, дольчатой и гиперемированной. По внешнему виду крупные аденомы часто напоминают собой клубнику. Характер поверхности верхушки зависит преимущественно от размера полипа, а не от его гистологического строения. Окраска крупных аденом может быть бледнее, если они содержат обилие бокаловидных клеток.

Ножка может быть толстой или тонкой, короткой или длинной. Длина ножки, как полагают, зависит от темпа роста и от локализации развивающегося полипа. Быстро растущие новообразования имеют тенденцию быть на широком основании, в то время как медленно растущие опухоли обычно имеют ножку. Ножка полипа образуется в результате перистальтики, проходящей через зону поражения. Полипы, возникающие на складках слизистой оболочки, более уязвимы перед воздействием кишечной пери-



Рентгенодиагностика колоректальных полипов осуществляется с помощью множественных снимков в различных проекциях. Полип, который определяется лишь на одной рентгенограмме, зачастую оказывается артефактом. Истинный полип всегда обнаруживается в одном и том же месте, несмотря на изменение положения и время, прошедшее с момента предыдущего исследования, хотя форма и размеры полипа могут изменяться.

Нередко довольно трудно отличить полипы небольших размеров от фрагментов кала. Дифференциальную диагностику, как правило, удаётся осуществить благодаря наличию большей подвижности фрагментов кала по сравнению с полипами. Частицы кала часто имеют неправильную форму как сами по себе, так и после покрытия их слоем бариевой взвеси. Ключом к дифференцировке нередко является множественность остатков кала. Другой причиной ошибочной диагностики полипов являются пузырьки воздуха. Газовый пузырёк может окружать тонкий, постепенно сходящий на нет слой бариевой взвеси. Приведённые выше причины ложноположительной диагностики лежат в основе исключения истинных полипов.

Ошибочная диагностика полипа может иметь место в том случае, если на просвет кишки наслаивается покрытый слоем бария и заполненный воздухом дивертикул. В подобных случаях исключить истинный полип возможно тогда, когда барий и воздух образуют уровень жидкости внутри дивертикула.

Другим источником рентгенологических ошибок является наличие удлинённых отделов кишки с образованием зон наслаения кишечных петель. Ввиду этого обстоятельства сигмовидная кишка является одной из самых трудных зон для обнаружения полипов. Слепая кишка также требует высокого умения в проведении контрастирования, главным образом из-за того, что она недостаточно туго заполняется барием, а последний плохо прилипает к её стенкам.

При рентгенологическом исследовании невозможно судить о гистологическом строении полипа. Независимо от гистологического строения все полипы имеют схожие рентгенологические проявления, обусловленные их размерами.

**Эндоскопия.** Благодаря увеличению доступности колоноскопии визуализация и удаление полипов через эндоскоп стали рутинными процедурами. Данные эндоскопических исследований показали преимущественно левостороннюю локализацию полипов. Более позднее образование полипов в слепой и восходящей кишках можно считать закономерным.

Эндоскопическая диагностика полипов не вызывает затруднений при условии, что эндоскоп проведён до места их расположения. При проведении колоноскопии имеется несколько трудностей:

1. Изгибы ободочной кишки (особенно сигмовидная кишка и печёночный изгиб). В области изгибов невозможно осмотреть весь просвет, из-за чего полипы пропускаются или визуализируются не полностью.



ем рака. Средний возраст больных, при котором на фоне СПТК диагностируют рак, примерно на 20 лет меньше, чем у больных раком толстой кишки в общей популяции. Раковые опухоли при СПТК чаще множественные, синхронные и/или метакронные.

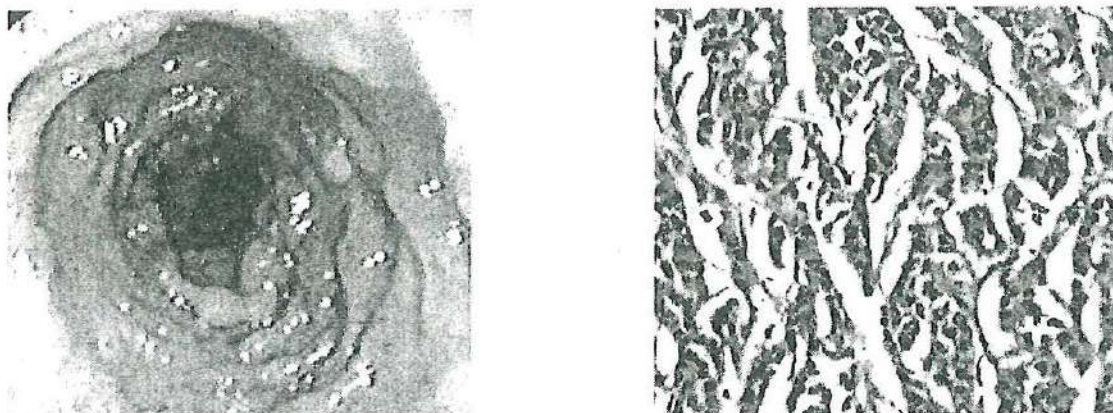


Рис. 8. Семейный полипоз толстой кишки

Характерная симптоматика отсутствует. Закономерен факт выявления больных в результате проведения семейного обследования. Наиболее частые проявления: диарея, выделение слизи и крови с калом. Важно то, что у одного и того же больного можно наблюдать все стадии развития аденом от «зачатка аденомы» до инвазивного рака. Это богатая информация относительно последовательности перерождения аденома – рак. Патоморфологи в состоянии определить начальную стадию аденомы: одна или несколько желез с аденоматозными изменениями.

У больных СПТК имеется явная предрасположенность к полипам желудка и/или 12-перстной кишки. Полипы желудка мелкие, имеют широкое основание и относятся к двум гистологическим типам: аденоматозные и гиперпластические полипы. Характерно то, что аденоматозные полипы обнаруживают в антральном отделе, а гиперпластические – в теле желудка. Известны случаи СПТК с диффузным полипозом или раком желудка. Дуоденальные полипы представляют собой аденомы, часто локализируются на фатеровом сосочке или вблизи него. У больных СПТК, когда наблюдается сплошное (диффузное) поражение полипами, ЖКТ на всём протяжении выстлан цилиндрическим эпителием. Наряду с больными, имеющими гастродуоденальные поражения, известны больные с остеомами нижней челюсти. J.Utsunomiya et al. (1972) обнаружили, что у 27 из 29 (93,2 %) больных с помощью ортопантомографии обнаружено наличие остеомовидного поражения (ocult osteomas – скрытые остеомы) нижней челюсти. У большинства больных СПТК имеются остеомы скрытого характера, а синдром Гарднера представляет собой специфическую форму заболевания с наличием явных остеом.

Синдром Гарднера представляет собой вариант СПТК, при котором множественные аденомы толстой кишки сочетаются с остеомами и мягко-



стальтики и могут иметь длинную ножку. С.Е. Welch et al. (1952) обнаружили, что длинная ножка чаще встречается у полипов ободочной кишки, вероятно, за счёт наличия более выраженной перистальтической тяги, действующей на полипы данной локализации по сравнению с полипами прямой кишки. Подслизистые опухоли и опухолевидные образования, если растут длительное время, также могут иметь ножку.

На основании обычного визуального осмотра крупных аденом невозможно исключить наличие очаговой малигнизации. Статистически достоверным является тот факт, что чем крупнее аденома, тем больше вероятность наличия в ней очагов злокачественного перерождения.

По мере укрупнения аденом в них чаще содержатся ворсинчатые компоненты. Поэтому наиболее крупные аденомы в той или иной степени имеют villous характер. При небольших размерах истинные карциномы внешне могут напоминать полипы.

Большинство тубулярных аденом растут равномерно как в ширину, так и в высоту, приобретая сферическую или шаровидную форму. По мере увеличения размеров у них может формироваться ножка. Тем не менее тубулярные аденомы могут расти преимущественно в ширину, приобретая форму опухоли плоского типа. Малигнизация может ограничиваться зоной втяжения в пределах полипозного поражения. Биопсия из зоны втяжения имеет крайне важное значение для диагностики, особенно в случае технических сложностей проведения полипэктомии.

Мелкие и плоские полипы визуализируются полностью, тогда как визуальная картина крупных полипов, имеющих ножку, нередко не соответствует действительности. Полипы на ножке напоминают полипы плоского типа с центральным втяжением, если располагаются на том месте, откуда растут.

### **Полипоз толстой кишки**

Семейный полипоз толстой кишки (СПТК) – врождённое заболевание, при котором в толстой кишке обнаруживают сотни и тысячи аденом (рис. 8). Наследование СПТК осуществляется согласно закону наследования доминантного гена по Менделю. Хотя в большинстве случаев истинного СПТК насчитывают сотни полипов, чёткого критерия для необходимого числа полипов не существует. Случаи СПТК, в которых насчитывают меньше ста аденом, встречаются крайне редко. В качестве условного отличия СПТК от множественного аденоматоза было предложено число полипов, равное 100.

Генетический фон важен для диагностики СПТК. Однако могут встречаться больные с множественным полипозом, у которых наследственный фон не прослеживается.

Проксимальнее илеоцекального клапана аденомы не встречаются. Каждый отдельный полип при СПТК визуально и микроскопически похож на обычную аденому. СПТК характеризуется более частым возникновени-



К другим множественным полипозным поражениям толстой кишки относятся ювенильный полипоз, синдром Пейтца–Егерса, синдром Кронкайта–Кэнада, гиперпластический полипоз, кистозный пневматоз кишечника, шистосомальный полипоз толстой кишки, множественный нейрофиброматоз, липоматозный полипоз, множественные лимфосаркоматозные полипы, воспалительный полипоз, лимфоидная гиперплазия толстой кишки и др.

Ювенильные полипы редко бывают множественные и не отличаются сплошным ростом. В последнее время случаи множественного ювенильного полипоза были исключены из СПТК. Ювенильные полипы встречаются также в желудке, тонкой кишке и аппендиксе. При ювенильном полипозе имеются множественные полипы ювенильного типа, локализующиеся преимущественно в толстой кишке. По гистологическому строению каждый отдельный полип идентичен солитарному полипу ювенильного типа. Однако среди этих многочисленных полипов заметны также полипы промежуточного или смешанного типа, представляющие собой нечто среднее между аденомой и ювенильным полипом. Известны случаи сочетания ювенильного полипа и рака толстой кишки. Здесь известную роль может играть наследственная предрасположенность, но в большинстве случаев наследственный анамнез не прослеживается. Как известно, ювенильный полипоз может сочетаться с врожденными дефектами. Как правило, общее число полипов при множественном ювенильном полипозе меньше, чем при СПТК. Основным симптомом ювенильного полипоза являются рецидивирующие кровотечения, приводящие к развитию анемии и гипопротеинемии.

В случае полипоза Пейтца–Егерса поражение полипами обычно имеет рассеянный характер и почти всегда сопровождается полипозом других отделов ЖКТ, особенно тонкой кишки. Диагностика осуществима на основании выяснения семейного (генетического) анамнеза, обнаружения пигментации кожи и слизистых, а также характерной гистологической картины полипов. Полипы Пейтца–Егерса локализуются в толстой кишке в количестве от нескольких штук до дюжины или более. Однако никогда не наблюдается диффузного поражения толстой кишки.

Синдром Кронкайта–Кэнада встречается редко. Этот необычный синдром, впервые описанный Л. Кронкайтом и В. Кэнадом в 1955 году, включает в себя генерализованный гастроинтестинальный полипоз, пигментацию кожи, алопецию, атрофию ногтей кистей и стоп, а также гипопротеинемию. Синдром не является наследственной патологией. Всего известно о 42 случаях данного заболевания (26 из них выявлены в Японии). Патология развивается в среднем и пожилом возрасте. Наиболее характерным симптомом является водянистая диарея, зачастую с примесью слизи и крови. Эктодермальные патологические проявления могут развиваться до или после начала диареи, их отличительным признаком может быть сопутствующая гипопротеинемия.

Несмотря на то что полипы обнаруживаются на протяжении всего ЖКТ, наиболее часто поражаются желудок и толстая кишка.



тканными опухолями (дермоидными кистами, фибромами). Среди других поражений, сопровождающих СПТК, встречаются десмоидные опухоли брюшной стенки и брюшной полости, диффузный фиброз брыжейки и патология зубов.

Семейный полипоз толстой кишки, сочетающийся с опухолями центральной нервной системы (ЦНС), встречается редко и называется синдромом Тюрко по имени автора, впервые обнаружившего его. Существует немало сообщений о злокачественных поражениях, сопровождающих СПТК или синдром Гарднера. Среди них можно выделить рак щитовидной железы (Camiel), периапулярную малигнизацию (Mac Donald), рак яичка (Watne), рак яичка и простаты (Smith), мочевого пузыря (Capps).

Неизвестно, являются ли сочетанные поражения результатом патологии одного гена или же результатом более чем одной мутации.

**Диагностика и дифференциальная диагностика.** Диагноз СПТК устанавливают с помощью ирригоскопии или эндоскопии. Рентгенологические проявления СПТК практически патогномичны. Полипы располагаются на протяжении всей толстой кишки, хотя наибольшее их число, как правило, локализуется в левых отделах. Поражённая полипами толстая кишка обычно хорошо расправляется воздухом. Полипы при ирригоскопии определяют в виде множественных точечных возвышений с рассеянными крупными полипами или полипами на ножках, придающих контурам кишки зубчатый вид при тугом заполнении барием по типу «зубьев пилы». Каждый отдельный полип контурируется при двойном контрастировании на фоне идеальной подготовки толстой кишки к исследованию. Полиповидные образования наилучшим образом диагностируют с помощью ирригоскопии с двойным (воздушно-бариевым) контрастированием. Однако ирригоскопия неудобна из-за обилия вводимого жидкого контраста.

Эндоскопическая картина также весьма характерна. В типичных случаях полипы сплошь, то есть диффузно, покрывают слизистую оболочку таким образом, что практически не удаётся различить нормальной слизистой в узких промежутках между полипами.

Тотальное эндоскопическое исследование толстой кишки при СПТК нередко затруднено вследствие наличия стеноза или обширной зоны поражения крупными полипами. Идентификация каждого отдельного полипа неосуществима из-за сплошного поражения большим количеством полипов. Степень поражения и характер распределения полипов при СПТК более полно и наглядно определяют при ирригоскопии.

Не существует других заболеваний толстой кишки, помимо полного симптомного диффузного тотального семейного полипоза, при которых бы наблюдалось такое сплошное поражение полипами. Форма каждого отдельного полипа при СПТК может быть однообразной, но обычно полипы разительно отличаются по форме.



(83 %), тощая кишка (80 %), ободочная кишка (75 %), 12-перстная кишка (72 %), прямая кишка (66 %). Результаты гистологического исследования были следующие: лимфосаркома (47 %), ретикулоклеточная саркома (20 %), «злокачественная лимфома» (20 %), болезнь Ходжкина (8 %) и гигантофолликулярная лимфома (5 %). Опухоли были как на широком основании, так и на ножке, нередко имелось центральное втяжение. Эндоскопическая картина зачастую была неотличима от множественного аденоматоза толстой кишки с малигнизацией или без таковой.

Воспалительный полипоз, размышляя здраво, представляется неизбежным результатом воспаления слизистой оболочки. Он представляет собой следствие различного типа колитов, однако наибольшее выражение он получает при неспецифическом язвенном колите (НЯК). Иногда насчитывают сотни воспалительных полипов. Несмотря на то что форма и размер полипов зачастую однообразные, воспалительные полипы могут иметь разнообразную форму и быть довольно крупными, следствием чего может стать ошибочная диагностика рака. Дифференциальная диагностика СПТК и воспалительного полипоза легко осуществляется при сборе анамнеза. В большинстве случаев при выраженном воспалительном полипозе в анамнезе имеется профузное кровотечение на фоне выраженного воспаления. При эндоскопическом исследовании воспалительные полипы определяются на фоне атрофичной слизистой оболочки, тогда как при СПТК полипы локализуются на фоне визуально нормальной слизистой. Полипы на ножке, характерные для СПТК, при воспалительном полипозе встречаются редко. Сочетание полипов и рака не всегда оказывает помощь при проведении дифференциальной диагностики, так как рак может развиваться и на фоне длительно существующего НЯК.

Не так давно лимфофолликулярная гиперплазия (доброкачественный лимфоидный полипоз) толстой кишки представлялась как характерный для детского возраста синдром неясной этиологии, при котором наблюдаются боли в животе и/или ректальные кровотечения. Это патологическое состояние может возникать в виде ответа на воспаление или иммунологической реакции. Существенное значение имеют доброкачественность поражения и отсутствие злокачественной трансформации. Лимфоидная гиперплазия может ошибочно приниматься за СПТК, преимущественно в подростковой возрастной группе. Есть сообщения о выполнении колпроктэктомии по поводу ошибочной диагностики СПТК вместо лимфофолликулярной гиперплазии, ввиду того что до операции диагноз СПТК представлялся более верным. Рентгенологическая картина лимфофолликулярной гиперплазии характеризуется наличием небольших, однородных, с пуповидным втяжением полиповидных узелков, поражающих всю или часть толстой кишки. Узелки имеют широкое основание, их размер колеблется от 1 до 3 мм в диаметре. Полипы на ножке являются редкостью. Пуповидное втяжение на верхушке опухоли – редкостный признак лимфоидной гиперплазии, позволяющий осуществить рентгенологическую диагностику.



Возникшее полипозное поражение всегда имеет множественный характер. Может наблюдаться сплошное поражение полипами, когда не удаётся обнаружить нормальную слизистую оболочку в промежутках между ними. При синдроме Кронкайта–Кэнада полипы не имеют неопластический характер, а являются, как предполагают, результатом метаболических нарушений. Основными гистологическими характеристиками этих полипов являются кистозное расширение желез и выраженная лимфоцитарная инфильтрация. Полипы могут уменьшаться и исчезать. Эктодермальные патологические проявления также могут регрессировать.

Множественные гиперпластические полипы легко диагностируют даже без гистологического подтверждения, так как большинство этих полипов имеют крошечные размеры, гладкую бледную поверхность и однородную форму. Нередко гиперпластические полипы обнаруживают вблизи явной карциномы.

Кистозный пневматоз кишечника характеризуется наличием многочисленных кист, содержащих газ. Каждая киста покрыта нормальной слизистой оболочкой, так что отличить данную патологию от СПТК не представляет затруднений. Иногда кисты могут быть покрыты гиперемированной слизистой. В этих случаях отличить кистозный пневматоз кишечника от других типов полипоза крайне трудно.

Шистосомоз (бильхарзиас) сам по себе может проявляться множественными полипами толстой кишки. Каждый полип в отдельности трудно отличить от обычного аденоматозного полипа. Шистосомальные полипы ободочной кишки могут достигать больших размеров и быть трудноотличимыми от семейного полипоза с малигнизацией. Однако это заболевание, как правило, ограничивается распространением в избранных регионах, таких как африканские и южно-американские страны. Диагноз шистосомоза можно заподозрить в вышеупомянутых странах и подтвердить обнаружением яиц *S. mansoni* в зоне поражения.

Картина полиповидного поражения может появляться при ганглионейрофиброматозе в случае выраженного присутствия гетеротопических ганглиозных клеток в собственной пластинке слизистой. Для этого заболевания характерно обнаружение зрелых ганглиозных клеток в полиповидной и неполиповидной слизистой кишки. Одним из путей диагностики ганглионейрофиброматоза является физикальный осмотр с подробным сбором анамнеза.

Липоматозный полипоз тоже очень редкая разновидность кишечного полипоза. Липомы представляют собой подслизистые неэпителиальные опухоли, выступающие в просвет кишки в виде полиповидных образований.

Злокачественный лимфоматоз может проявляться в виде множественного полипоза кишечника, включая толстую кишку. G.B. Ruppert et al. (1979) обобщили сведения о 37 случаях множественного лимфоматозного полипоза, полученные из медицинской литературы. В их обзоре представлены следующие данные о локализации поражения: подвздошная кишка





*Рис. 9.* Липома толстой кишки

Если липома толстой кишки имеет небольшие размеры, то у большинства больных симптоматика отсутствует или имеет место абдоминальный дискомфорт неопределённого характера. Липомы более 2 см в диаметре служат причиной возникновения симптомов кишечной непроходимости, обусловленной самой опухолью или инвагинацией. В случае эрозирования может возникать кровотечение. Известны случаи наличия множественных липом.

Диагностируют липомы, как правило, случайно. Как вариант выявляют в результате хирургического вмешательства по поводу инвагинации. Преимущественной локализацией липом является проксимальная половина ободочной кишки, ввиду чего диагностика прежде проводилась с помощью рентгенографии. Липомы имеют шаровидную или куполообразную форму, а также могут иметь вид полипов на ножке с гладкой поверхностью. Несмотря на то что постановка диагноза липомы не всегда возможна с помощью рентгенографии, нередко имеет место такая характерная особенность, как способность не задерживать лучистую энергию, а также видимое изменение размера и формы при пальпации кишки через переднюю брюшную стенку. Вследствие податливой консистенции опухоли, контуры и конфигурация липомы могут изменяться даже во время кишечной перистальтики. Водная клизма является специальной методикой исследования, используемой для идентификации липом и основанной на различии коэффициента абсорбции у жира и воды в киловольтажном диапазоне между 60 и 80.

С внедрением в практику колоноскопии появилась возможность визуальной диагностики липом ободочной кишки. Существует два типа поверхностных проявлений, обуславливающих схожесть липом с другими подслизистыми опухолями. В первом случае липома покрыта интактной блестящей гладкой слизистой оболочкой, во втором – эрозированной и гиперемированной слизистой. Липома второго типа напоминает эпителиальное новообразование, но подслизистый характер опухоли можно распознать по наличию нормальной слизистой оболочки вблизи её основания. Эрозирование покровного эпителия происходит из-за вторичных изменений вследствие механического воздействия кала или неадекватного



Если врач заподозрил диагноз полипоза, то для уточнения наличия того или иного синдрома либо заболевания, помимо ирригоскопии и эндоскопического исследования, должен проводиться тщательный физикальный осмотр с подробным сбором анамнеза (например, поиск эктодермальных патологических проявлений). Больным с множественными полипами толстой кишки необходимо проводить рентгенологическое обследование всего пищеварительного тракта.

## НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ

Неэпителиальные, расположенные в подслизистом слое опухоли толстой кишки относятся к редко встречающимся новообразованиям. Обычно их обнаруживают случайно при проведении обследования по поводу имеющейся симптоматики иного гастроэнтерологического заболевания. Так как эпителий, покрывающий подслизистые новообразования, нормальный, эндоскопическая диагностика неэпителиальной природы этих образований не вызывает затруднений. Однако покровный эпителий может быть эрозирован или гиперемирован в результате воспалительных изменений. Визуальная картина эпителиальных и неэпителиальных опухолей может быть схожей.

В состав стенки толстой кишки входят практически все типы тканей, за исключением костной и скелетных мышц. Поэтому существует много разновидностей неэпителиальных опухолей, из которых наиболее часто встречаются липомы, гладкомышечные опухоли и лимфомы.

### Липома

Среди подслизистых новообразований толстой кишки наиболее часто встречается липома. Mayo et al. обнаружили, что на протяжении от пищевода до прямой кишки липомы составили лишь 4 % от 4 000 доброкачественных новообразований, излеченных хирургическим путём. Достаточно высокая доля этих липом (64 % от 186 случаев) поражала толстую кишку. Липомы толстой кишки локализуются, как правило, в подслизистом слое; приблизительно в 10 % случаев отмечается субсерозная локализация. Доля подслизистых липом составляет 0,035 – 4,4 % от всех полиповидных поражений толстой кишки.

Липомы состоят из хорошо дифференцированной жировой ткани, опирающейся на фиброзную строму. Малигнизация липом встречается крайне редко. Поверхность липомы, как правило, гладкая и покрыта нормальной слизистой оболочкой (рис. 9). Тем не менее в некоторых случаях встречаются поверхностные эрозии, возникающие, вероятно, вследствие ишемии слизистой оболочки.



ной кишки обычно развиваются бессимптомно до того момента, пока не становятся достаточно крупными для пальпации. Ректальные опухоли могут увеличиваться до размеров, обуславливающих возникновение симптомов частичной кишечной непроходимости. Крупные изъязвленные новообразования нередко являются злокачественными и дают симптоматику, сходную с колоректальным раком.

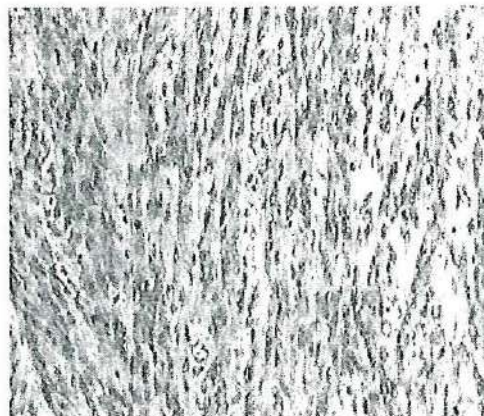
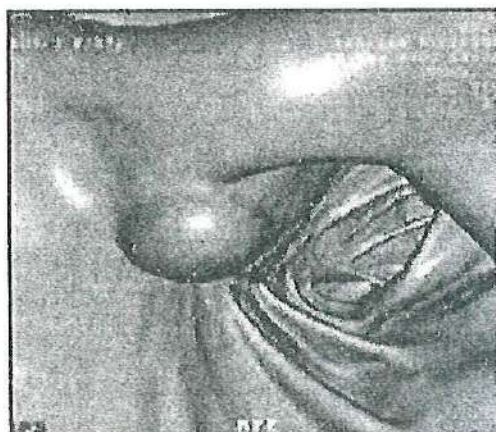
Недавно обнаружена особая разновидность доброкачественной гладкомышечной опухоли – лейомиобластома. Эта опухоль часто встречается в желудке, но иногда она локализуется в тонкой или толстой кишке. В лейомиобластоме содержатся зоны круглых или полигональных клеток, имеющих чистую нефибриллярную цитоплазму. Макроскопическая картина схожа с лейомиомой.

### *Лейомиома*

Лейомиомы значительно варьируют в размере и иногда вырастают с футбольный мяч. Изъязвление слизистой оболочки, покрывающей образование, типично для локализации не столько в толстой кишке, сколько в желудке. Ректальные лейомиомы покрыты, как правило, интактной слизистой оболочкой.

В большинстве случаев опухоль начинает расти из мышечного слоя, но иногда источником роста является мышечная пластинка слизистой. В последнем случае размеры образований обычно небольшие, консистенция плотная, течение нередко бессимптомное.

Микроскопическая картина представлена, как правило, ветвящимися и переплетающимися группами веретенообразных клеток, напоминающих гладкомышечные клетки. Ядра имеют тенденцию к расположению по типу «частокола». Строма представлена незначительно. Степень васкуляризации довольно низкая. Внутри опухоли нередко возникают кровоизлияния, что в сочетании с изъязвлением может обуславливать выделение крови из прямой кишки.



*Рис. 10. Лейомиома толстой кишки*



кровообращения. Липомы без существенного усилия сдавливаются биопсийными щипцами или диатермической петлёй, т. е. легко податливы при инструментальной пальпации.

Липомы ободочной кишки бывают как на ножке, так и на широком основании. Согласно данным G.C. Long et al. (1949), большинство липом ободочной кишки имеют ножку. В обсуждаемом варианте липому можно легко удалить путём полипэктомии через колоноскоп. В случае когда образование имеет широкое основание, удаление с помощью диатермической петли является рискованным и нерадикальным мероприятием. В любом случае показанием к эндоскопической полипэктомии, помимо всего прочего, являются умение и опыт колоноскописта. В отдельных случаях через колоноскоп можно успешно удалить даже гигантские новообразования на широком основании. Таким образом, при благоприятных условиях удаление через колоноскоп может быть методом выбора при диагностике и лечении больных с данной патологией.

### Гладкомышечные опухоли

Гладкомышечные опухоли ЖКТ относятся к числу редко встречающихся новообразований, особенно в толстой кишке. R. Golden (1954) обобщил сведения о 1 018 случаях гладкомышечных опухолей желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В основном они локализовались в желудке (61,5 %). Опухоли ободочной кишки (3 %) и прямой кишки (7 %) встречаются редко. Обычно они солитарные, но описаны случаи множественного поражения.

Классифицировать эти как доброкачественные, так и злокачественные опухоли очень трудно. Низко дифференцированные опухоли с многочисленными фигурами митоза, являющимися гистологическим критерием малигнизации, зачастую ведут себя как доброкачественные поражения. И наоборот, опухоли, имеющие доброкачественную картину гистологического строения, могут давать метастазы. Помимо наличия метастазов, есть ещё несколько надёжных критериев различия между доброкачественным и злокачественным ростом. Говоря в общем, доброкачественные опухоли растут в виде обширных локализованных образований, имеющих фиброзную капсулу. Злокачественные опухоли не имеют истинной капсулы и характеризуются инфильтрирующим ростом с изъязвлением. Тем не менее отсутствие капсулы не является абсолютным признаком малигнизации.

Многие гладкомышечные опухоли растут внутрь просвета и могут иметь широкое основание или ножку. Некоторые из этих новообразований могут расти вне просвета или охватывать кишечную стенку на различном протяжении. Первый тип называется интрамуральный, а второй – скрытый тип роста.

Симптоматика доброкачественных или злокачественных гладкомышечных опухолей зависит от их размера и локализации. Опухоли ободоч-



## Лимфангиома

Лимфангиомы толстой кишки относятся к крайне редким новообразованиям. В мировой литературе описано лишь 28 случаев, включая 7 случаев, имевших место в Японии. Лимфангиомы могут возникать в любом отделе толстой кишки, хотя наиболее часто поражают прямую кишку и правую половину ободочной кишки. Размеры лимфангиом колеблются от крайне мелких до 1 см в диаметре. Большинство новообразований представляют собой опухоли на широком основании, покрытые интактной слизистой оболочкой, но зафиксирован также случай опухоли на ножке. У этих образований нередко имеется центральное втяжение.

Лимфангиомы можно разделить на три типа: простые, кавернозные и кистозные. В последнем случае новообразование состоит из заполненных лимфатической жидкостью кистозных масс со стенками, выстланными эндотелием.

Диагностика лимфангиомы трудна. Большинство образований в описанных случаях были диагностированы случайно. При ирригоскопии обнаруживают овальной или круглой формы дефекты с чёткими контурами, сочетающиеся с интактной слизистой и тенденцией к исчезновению при сдавлении и растяжении кишки.

Визуализируют лимфангиомы при частичном заполнении толстой кишки бариевой взвесью. Следует отметить, что лимфангиомы нередко исчезают при достаточно выраженном растяжении кишечной стенки по мере заполнения контрастом. Сходную рентгенологическую картину могут давать также кавернозная гемангиома и липома. Гемангиому можно отличить по наличию кальцификата, если таковой имеется. Липому можно идентифицировать лишь тогда, когда она имеет плотную капсулу с видимыми многочисленными поперечными линиями тяжей.

Эндоскопическая картина лимфангиомы соответствует покрытому интактной слизистой неэпителиальному образованию на широком основании, с гладкой поверхностью. Окраска поверхности такая же, как у окружающей слизистой оболочки, или несколько более желтоватая. Нередко на верхушке опухоли имеется центральное втяжение. Кроме того, известны случаи как полиповидных, так и диффузных лимфангиом с нечёткими контурами. Имеется сообщение об успешном удалении лимфангиомы толстой кишки через колоноскоп.

## Гемангиома

Несмотря на низкую заболеваемость, гемангиома важна в клиническом плане, ввиду возможности возникновения массивного кровотечения. Head et al. сообщили о 232 случаях гемангиом, описанных в мировой литературе. Гемангиома представляет собой ангиоматозную мальформацию или гамартому и, подобно лимфангиоме, не является истинным новообразованием. Геман-



Эндоскопические проявления гладкомышечной опухоли имеют черты, характерные для неэпителиального новообразования. Визуальная дифференциальная диагностика затруднена, если не сказать невозможна. Лейомиома – опухоль розовато-серого цвета, с гладкой поверхностью, покрытой нормальной слизистой оболочкой (рис. 10). При доброкачественном характере поражения изъязвление встречается редко. В противоположность липоме, лейомиома имеет плотную консистенцию и с трудом поддается сдавлению. Подтверждение диагноза часто осуществляется с помощью взятия крупного биоптата во время проведения сигмоидоскопии. В мелких биоптатах, взятых через колоноскоп, содержится лишь поверхностно расположенная слизистая оболочка. Диагностика осуществляется также с помощью частичной или тотальной полипэктомии, выполненной через колоноскоп.

### ***Лейомиосаркома***

Колоректальные гладкомышечные опухоли чаще поражают прямую кишку, чем ободочную. Данная тенденция более выражена у злокачественных новообразований. Приблизительно половина ректальных гладкомышечных опухолей являются злокачественными. Лейомиосаркома ободочной кишки встречается крайне редко, так что в литературном обзоре представлено лишь 29 подобных случаев. Лейомиосаркомы обычно имеют более крупные размеры, чем лейомиомы. Симптоматика зависит, главным образом, от размера и локализации опухоли. Основными симптомами являются боль, выделение крови и запор, обусловленный частичной обструкцией.

Диапазон микроскопических проявлений лейомиосаркомы широк и колеблется от относительно высоко- до низкодифференцированной инфилтрирующей опухоли. Клетки при злокачественном поражении, как правило, короче, крупнее и имеют более неправильную форму, чем при доброкачественном. Они содержат гиперхромные овальные ядра и многочисленные фигуры митоза.

Ценность рентгенологической диагностики зачастую ограничена в связи с локализацией опухоли и наличием неспецифических признаков. Новообразования растут в виде крупных экзофитных масс с изъязвлением или без него. Поверхность гладкая, во всяком случае, у краёв опухоли.

При небольших размерах опухоли (лейомиосаркомы) эндоскопическая картина соответствует подслизистому образованию. По наблюдениям A.W. Anderson (1986) слизистая оболочка, покрывающая новообразование, в половине случаев была интактной. Более крупные лейомиосаркомы имеют изъязвление или растут в виде полиповидного образования грибовидной формы, которое трудно отличить от аденокарциномы. Тем не менее наличие нормальной слизистой, окаймляющей край патологического возвышения, может говорить в пользу лейомиосаркомы.



характера, особенно в тех местах, где они пронизывают мышечные слои ободочной кишки. Диагностика данной патологии осуществляется с помощью колоноскопии или ангиографии.

### **Доброкачественная лимфома (лимфоидный полип)**

Доброкачественные лимфомы состоят из скоплений лимфоидной ткани, покрытых нормальной слизистой оболочкой. Они относятся к наиболее типичным неэпителиальным опухолям толстой кишки и встречаются в дистальном отделе прямой кишки. Лимфомы варьируют в размере от нескольких миллиметров до 3 см в диаметре. Предполагается, что они имеют воспалительную природу и могут регрессировать даже без лечения.

Эндоскопическая картина доброкачественной лимфомы представляет собой подслизистую опухоль на широком основании, с гладкой интактной поверхностью. При небольших размерах опухоли цвет поверхности почти всегда нормальный. По мере увеличения размеров лимфом появляется голубовато- или желтовато-серое окрашивание поверхности слизистой. Образования могут иметь ножку.

С помощью обычной биопсии можно получить материал, имеющий диагностическую ценность, но предпочтительнее выполнять эндоскопическую полипэктомию, особенно в целях дифференциальной диагностики со злокачественной лимфомой. Доброкачественная лимфома представлена зрелой лимфоидной тканью, в которой, как правило, имеются реактивные центры. Однако отличить доброкачественную лимфому от лимфоидной гиперплазии или воспалительной реакции трудно и не всегда возможно, так как отличительные признаки характеризуются минимальной выраженностью.

В настоящее время нет оснований считать, что лимфоидный полип имеет тенденцию к малигнизации и перерождению в лимфосаркому, хотя гистологические проявления доброкачественной лимфомы могут напоминать узловую лимфому.

К обсуждаемой патологии относится также множественный доброкачественный лимфоидный полипоз толстой кишки.

### **Злокачественная лимфома**

Злокачественная лимфома ЖКТ может быть первичным поражением, а также вторичным проявлением генерализованного процесса. Первичные лимфомы возникают из лимфоидной ткани подслизистого слоя кишки. Общепринятой классификации неходжкинских лимфом нет. Первая классификация неходжкинских лимфом включала лимфосаркому, ретикуло-клеточную саркому и гигантофолликулярную лимфобластому. Данную классификацию составил Н. Раппопорт в 1957 году (Nagasako K., 1982).



гиомы можно разделить на две группы: капиллярная и кавернозная гемангиомы. Капиллярная гемангиома состоит из густой сети мелких капилляров, выстланных высокодифференцированным гиперплазированным эндотелием. Кавернозная гемангиома состоит из крупных тонкостенных сосудов, опирающихся на скудную соединительнотканную строму. Данный вид гемангиомы подразделяется на два типа – диффузный и локализованный. По данным Н.В. Allred (1974), при анализе 40 случаев гемангиом 11 классифицированы как капиллярные, а оставшиеся 29 – как кавернозные.

Ведущим симптомом является кровотечение. В результате обтурации просвета кишки при большом размере опухоли, а также при инвагинации или завороте может возникнуть нарушение пассажа по ЖКТ вплоть до кишечной непроходимости.

Макроскопическая картина представлена кавернозной гемангиомой диффузно-инфильтративного типа или ограниченной полиповидной гемангиомой. Гемангиомы могут быть солитарными или множественными.

В диагностике гемангиом может оказать помощь семейный анамнез или наличие подобных слизисто-кожных поражений. Диагностику во многом облегчает наличие кальцификатов внутри гемангиомы. С помощью селективной ангиографии можно обнаружить сосудистую мальформацию, особенно в поздней сосудистой фазе ангиографии.

При эндоскопическом исследовании опухолевидное образование, как правило, имеет тёмно-фиолетовый цвет. Также гемангиома может быть в виде вишнёво-красного или тёмно-пурпурного пятнышка на слизистой оболочке. Диагностика таких мелких поражений возможна с помощью биопсии. Однако биопсия гемангиомы, особенно кавернозного типа, может осложниться профузным кровотечением с возможным летальным исходом. В 22 из 40 наблюдений Н.В. Allred (1974) установил диагноз с помощью биопсии, в 18 – на основании визуальных признаков. Эндоскопическая полипэктомия безопасней и надёжней биопсии из зоны поражения.

### **Сосудистая эктазия ободочной кишки**

Сосудистые эктазии (ангиодисплазии) являются дегенеративными поражениями и связаны со старением организма. Как правило, они возникают у пациентов старше 60 лет и почти всегда локализируются в слепой кишке или проксимальном отделе восходящей ободочной кишки. Сосудистая эктазия является одной из основных причин возникновения ректального кровотечения у пожилых пациентов. Этот тип поражения выглядит как зоны или пятна красного или вишнёво-красного цвета. Гистологическая картина сосудистой эктазии представлена расширенными искривлёнными тонкостенными сосудами, выстланными, как правило, одним эндотелием. Предполагается, что основной причиной возникновения сосудистых эктазий является постепенная обструкция подслизистых вен перемежающегося



качественную лимфому толстой кишки делят на два типа: локализованный и диффузный.

Лимфоме локализованного типа при ирригоскопии зачастую невозможно отличить от полиповидной карциномы. В отличие от карциномы, лимфоме присущи такие характерные черты, как более значительная протяжённость поражения и более гладкая поверхность в зоне поражения. Локализованная лимфома чаще возникает в правой половине ободочной кишки, в частности в слепой кишке.

Для диффузного типа лимфомы ободочной кишки характерны более специфические рентгенологические проявления. Несмотря на то что прямая кишка является типичной локализацией диффузной лимфомы, последняя может также поражать на значительном протяжении сегмент ободочной кишки и даже всю ободочную кишку в виде диффузной инфильтрации или утолщения подслизистого слоя. Патологический процесс приводит к появлению громадного количества извитых складок слизистой, напоминающих поверхность головного мозга. Толщина этих складок в отдельных случаях может достигать 1–2 см. На фоне утолщенных извитых складок имеются немногочисленные интрамуральные возвышения на широком основании («псевдополиповидные» образования), длинные тонкие ножки встречаются редко. Глубокие язвы и перфорации не типичны, хотя могут иметь место зоны поверхностного некроза слизистой оболочки.

Патологический процесс при злокачественной лимфоме затрагивает подслизистый слой. Поэтому роль эндоскопии заключается в установлении подслизистого характера той или иной опухоли толстой кишки. Согласно R.J. Jackman и O.H. Veahrs (1968), одна из самых типичных картин поражения – деформация слизистой в виде грубых толстых складок наподобие извилин головного мозга. Слизистая оболочка над зоной поражения выглядит отёчной, сосудистый рисунок отсутствует. Локализованные опухоли обнаруживают в различных местах признаки неэпителиального поражения. Даже при наличии изъязвления краевая зона опухоли покрыта интактной слизистой, которая не гиперемирована и не рыхлая, как в случае карциномы.

При проведении биопсии из различных участков новообразования можно получить опухолевую ткань. Гистологическая дифференциальная диагностика с карциномой иногда затруднена. Установлению правильного диагноза, если повезёт, помогает окрашивание ретикулином.

### **Дифференциальная диагностика**

Принципиальная установка при диагностике неэпителиальных новообразований – обнаружение участков опухоли, покрытых интактной слизистой оболочкой. От неэпителиальных новообразований необходимо отличать некоторые опухоли или опухолевидные образования, покрытые нормальной слизистой оболочкой. Мелкие эпителиальные опухоли, карцино-



Несмотря на различия использованной терминологии, достигнуто принципиальное согласие в том, что неходжкинская лимфома может быть представлена фолликулярным или диффузным типом роста и состоять из мелких или крупных клеток. Фолликулярные лимфомы подразделяют на промежуточный, крупноклеточный и смешанный типы. Диффузные лимфомы классифицируют как мелкоклеточный, промежуточный, крупноклеточный и смешанный типы.

Фолликулярные лимфомы развиваются из дифференцированных клеток или из клеток центров размножения. Они представлены узловой или фолликулярной моделью роста, их можно отличить от реактивной фолликулярной гиперплазии. Диффузная лимфома представлена диффузной моделью роста.

Гистологическая картина болезни Ходжкина вариабельна и характеризуется наличием крупных опухолевых клеток (клетки Рида–Стернберга).

Наиболее часто встречаются неходжкинские злокачественные лимфомы. Болезнь Ходжкина в толстой кишке крайне редка.

Диагностика первичной лимфомы кишечного тракта должна опираться на следующие пять критериев: 1) отсутствие увеличения пальпируемых лимфоузлов; 2) отсутствие увеличения медиастинальных лимфоузлов при рентгенологическом исследовании; 3) нормальный уровень лейкоцитов в крови; 4) подтверждение наличия поражения тех лимфоузлов, которые дренируют поражённую зону кишечника; 5) отсутствие поражения печени и селезёнки.

W.G. Wood (1981) на основании макроскопических проявлений выделил четыре формы лимфомы кишечника: аневризматическая, суживающая (констриктивная), полиповидная и язвенная. Аневризматическая лимфома поражает сегмент кишки по окружности просвета на протяжении 5–8 см и более. Данное поражение представлено в виде вытянутой трубки, концы которой несколько сужены. Констриктивная лимфома характеризуется кольцевидным стенозом просвета кишки. Визуальная картина полиповидной и язвенной лимфом соответствует их названию.

Визуальная картина злокачественной лимфомы может быть представлена множественными полиповидными опухолями, поражающими значительные по протяжённости сегменты ЖКТ. Эти опухоли отличаются от аденом тем, что имеют гладкую поверхность, лишённую дольчатости.

Злокачественная лимфома чаще поражает слепую кишку. Первичные злокачественные лимфомы ведут себя подобно карциномам, имеют сходные с ними клинические проявления. Характерными симптомами являются: анорексия, повышенная утомляемость, уменьшение массы тела и лихорадка. Больные могут также предъявлять жалобы на дискомфорт в животе, чередование запоров и поносов.

Лимфома толстой кишки сходна с лимфомой тонкой кишки и имеет чёткую пространственную локализацию (полиповидные и язвенные). Зло-



## Библиографический список

- Балалыкин, А.С.* Эндоскопическая абдоминальная хирургия / А.С. Балалыкин. – М.: ИМА-пресс, 1996. – 144 с.
- Ивашкин, В.Т.* Колоректальный рак / В.Т. Ивашкин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1999. – № 1. – С. 88–95.
- Никифоров, П.А.* Эндоскопическая диагностика и лечение полипов толстой кишки / П.А. Никифоров, П.В. Гурьев, С.И. Гуленков // Внутрисветовая эндоскопическая хирургия: тез. конф. – М., 1998. – С. 241–243.
- Савельев, В.С.* Руководство по эндоскопии / В.С. Савельев, Ю.Ф. Исаков, Н.А. Лопаткина. – М.: Медицина, 1985. – 543 с.
- Темникова, Е.А.* Эндоскопическая полипэктомия из толстой кишки / Е.А. Темникова // Сб. тез. 3-го москов. конгр. по эндоскоп. хирургии. – М., 1999. – С. 228–229.
- Углев, Н.Н.* Эндоскопическое удаление полипов из желудка и толстой кишки / Н.Н. Углев, А.А. Чумаков, В.Н. Малашенко // Внутрисветовая эндоскопическая хирургия: тез. конф. – М., 1998. – С. 256–257.
- Ушаков, А.Н.* Эндоскопическая полипэктомия из толстой кишки в условиях районной больницы / А.Н. Ушаков // Сб. тез. 3-го москов. конгр. по эндоскоп. хирургии. – М., 1997. – С. 348–349.
- A Comparison of Colonoscopy and Double-Contrast Barium Enema for Surveillance after Polypectomy / S.J. Winawer [et al.] / N. Engl. J. Med. – 2000. – № 342. – P. 1766–1772.*
- A comparison of magnifying and nonmagnifying colonoscopy for diagnosis of colorectal polyps: A prospective study / K. Konishi [et al.] / Gastrointest Endosc. – 2003. – Vol. 57(1). – P. 48–53.*
- Allred, H.W. Jr.* Hemangiomas of the colon, rectum, and anus / H.W. Allred // Mayo Clin Proc. – 1974. – Vol. 49(10). – P. 739–741.
- Bacon, H.E.* Pathogenesis of adenomatous polyps in relation to malignancy of large bowel / H.E. Bacon, G.G. Broad // Rev. Gastroenterol. – 1948. – Vol. 15, № 4. – P. 284–295.
- Classification of Colorectal Polyps: Guidelines for the Endoscopist / C.A. Rubio [et al.] // Endoscopy. – 2002. – Vol. 34, № 3. – P. 226–236.*
- Fearon, E.R.* A genetic model for colorectal tumorigenesis / E.R. Fearon, B.A. Vogelstein // Cell. – 1990. – Vol. 61. – P. 759–767.
- Ferguson, E.F.* 4th. Leiomyosarcoma of the rectum / E.F. Ferguson, A.W. Anderson // South Med J. – 1986. – Vol. 79(5). – P. 645.
- Gardner's syndrome / J. Utsunomiya, H. Suzuki, H. Nambara [et al.] // Gan No Rinsho. – 1972. – Vol. 18(2). – P. 79–100.*
- Golden, R.* Radiologic examination and cancer of the gastrointestinal tract / R. Golden // J Med Assoc State Ala. – 1954. – Vol. 23(10). – P. 257–261.
- Jackman, R.J.* Tumors of the large bowel / R.J. Jackman, O.H. Beahrs // Major Probl Clin Surg. – 1968. – Vol. 8. – P. 1–379.
- Laufer, I.* The radiological demonstration of colorectal polyps undetected by endoscopy / I. Laufer, N.C. Smith, J.E. Mullens // Gastroenterology. – 1976. – Vol. 70, № 2. – P. 167–170.



идные опухоли, эндометриоз и локализованные экстраободочные поражения иногда напоминают неэпителиальные опухоли. Карциноидные опухоли обладают чертами, характерными для подслизистых новообразований. В дистальном отделе прямой кишки часто встречаются карциноидные опухоли, имеющие гладкую верхушку. Одним из отличительных признаков карциноидных опухолей является желтоватый оттенок их окраски. Эндометриоз встречается исключительно у женщин и выглядит как распластанная опухоль с неправильными контурами.

Наподобие неэпителиальных опухолей могут выглядеть локализованные экстраободочные поражения – мелкие и нечётко ограниченные. Иммунобластная лимфаденопатия, если поражает ободочную кишку, может напоминать диффузный лимфоидный полипоз.

Некоторые злокачественные мезенхимальные опухоли ободочной кишки необходимо дифференцировать с первичной аденокарциномой, а диффузную лимфому – с семейным полипозом ободочной кишки, узловой лимфоидной гиперплазией, НЯК и болезнью Крона толстой кишки (БКТК). Дифференциальную диагностику легко проводить с помощью эндоскопии с биопсией.

Имеется несколько сообщений о злокачественной лимфоме, симулирующей НЯК, а также о НЯК, осложнённом лимфомой. Эти два заболевания по существу могут иметь сходную клиническую картину, однотипные рентгенографические и визуальные макроскопические проявления. Иногда при исследовании биоптатов гистологическая картина может быть неубедительной. Болезнь Крона и злокачественная лимфома толстой кишки имеют некоторые общие характерные проявления, например, скачкообразность поражения.

### **Заключение**

Морфологическое определение гистологического типа опухолей толстой кишки иногда вызывает объективные трудности у патологоанатома. В подобных случаях следует широко использовать дополнительные морфологические методы исследования, а именно иммуногистохимию и электронную микроскопию.

Однако всегда следует помнить, что лечение любого заболевания строго индивидуально. Рекомендации по исправлению тех или иных нарушений здоровья, как правило, не могут заменить своевременную медицинскую помощь и носят характер предоставления информации о существующих методах лечения.



*Long, G.C.* Lipoma of the colon / G.C. Long, M.B. Dockerty, J.M. Waugh // *Surg Clin North Am.* – 1949. – Vol. 29(4). – P. 1233–1243.

*McAllister, A.J.* Peutz-Jeghers syndrome: experience with twenty patients in five generations / A.J. McAllister, K.F. Richards // *Am. J. Surg.* – 1977. – Vol. 134, № 6. – P. 717–720.

*Morson, B.C.* Histological typing of intestinal tumours. In: *International Histological Classification of Tumours* / B.C. Morson, L.H. Sobin // Geneva: World Health Organization. – 1976. – № 15. – P. 420.

*Nagasako, K.* Colonoscopic interpretation / K. Nagasako // Tokyo. Igakushoin. – 1998. – 996 p.

*Peutz-Jeghers syndrome associated with gastrointestinal carcinoma. Report of two cases in a family* / B. Cochet, J. Carrel, L. Desbaillets [et al.] // *Gut.* – 1979. – Vol. 20, № 2. – P. 169–175.

*Pit pattern in colorectal neoplasia: endoscopic magnifying view* / S. Kudo, C.A. Rubio, C.R. Teixeira [et al.] // *Endoscopy.* – 2001. – Vol. 33. – P. 367–373.

*Polyp Guideline: Diagnosis, Treatment, and Surveillance for Patients With Colorectal Polyps* / H.D. Bond [et al.] // *Am. Journal of Gastroenterology.* – 2000. – Vol. 95 (11). – P. 3053–3063.

*Ruppert, G.B.* Multiple lymphomatous polyposis of the gastrointestinal tract / G.B. Ruppert, V.M. Smith // *Gastrointest Endosc.* – 1979. – Vol. 25(2). – P. 67–69.

*Management of focally malignant pedunculated adenomatous colorectal polyps* / C.H. Shatney, P.H. Lober, V. Gilbertson [et al.] // *Dis Colon Rectum.* – 1976. – Vol. 19, № 4. – P. 334–341.

*Small «flat adenoma» of the large bowel with special reference to its clinicopathologic features* / T. Muto, J. Kamiya, T. Sawada [et al.] // *Dis Colon Rectum.* – 1985. – Vol. 28. – P. 847–851.

*Sunderland, D.A.* Papillary adenomas of the large intestine; a clinical and morphological study of 48 cases / D.A. Sunderland, G.E. Binkley // *Cancer.* – 1948. – Vol. 1, № 2. – P. 184–207.

*The rectum in adenomatous polyposis: the St. Mark's policy* / H.J. Bussey, A.A. Evers, S.M. Ritchie [et al.] // *Br. J. Surg.* – 1985. – Sep; 72 Suppl: S29–31.

*Thoeni, R.F.* Comparison of barium enema nad colonoscopy in the detection of small colonic polyps / R.F. Thoeni, L. Menuck // *Radiology.* – 1977. – Vol. 124, № 3. – P. 631–635.

*Waye, J.D.* Endoscopycal therapy / J.D. Waye. – New-York, 1992. – 220 p.

*Welch, C.E.* Management of polypoid diseases / C.E. Welch // *Cancer.* – 1971. – Vol. 28(1). – P. 145.

*Welch, C.E.* Polyps of the rectum and colon and their relation to cancer / C.E. Welch, J.B. Mckittrick, G. Behringer // *N Engl J Med.* – 1952. – Vol. 247(25). – P. 959–965.

*Wood, W.G.* Cell typing in lymphoproliferative disorders. Use of a sensitive hemadsorption technique for sections of normal and abnormal lymphoid tissue / W.G. Wood, P. Hood, J.H. Rippey // *Am J Surg Pathol.* – 1981. – Vol. 5(4). – P. 369–379.