Полип анального канала

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K62.0 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России"

Полип анального канала — описательный клинический термин, обозначающий любое внутрипросветное образование в границах анального канала. Фиброэпителиальные образования имеют доброкачественную природу. Диагностика включает физикальное и инструментальное обследование; единственным радикальным методом лечения является хирургическое удаление с последующим патолого-анатомическим исследованием материала.

Главное

- Полип анального канала может быть гиперпластическим, клоакогенным, аденомой, фиброзным полипом или гипертрофированным анальным сосочком; тактику лечения и наблюдения определяют прежде всего морфогистологические данные.
- Наиболее типичные проявления — выпадение образования при дефекации, кровь в стуле, дискомфорт, зуд и жжение; боль, как правило, не выражена, встречается нечасто и связана с травматизацией при выпадении.
- Гиперпластические полипы являются результатом хронических воспалительных процессов, обычно имеют ножку, могут выпадать и кровоточить; истинные аденомы имеют различную степень клеточной дисплазии.
- Единственный радикальный метод лечения анальных полипов — хирургическое удаление. Операцию проводят под обезболиванием; тяжелые декомпенсированные заболевания органов и систем являются противопоказанием, однако после улучшения состояния операция становится возможной.
- Нельзя удалять полип до обследования толстой кишки. Крупные образования более 3 см нельзя удалять без предварительной биопсии, а полипы на широком основании — без предварительного трансанального ультразвукового исследования.
- Пациентам с истинными аденомами анального канала, достигшим 40 лет, проводят эндоскопическое обследование толстой кишки не реже одного раза в 3 года; при отсутствии патологических образований в толстой кишке в течение 5 лет после удаления полипов выполняют колоноскопию 1 раз в 3 года.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: уточнить желудочно-кишечные расстройства, погрешности в диете, злоупотребление алкоголем, кишечные инфекции, воспалительные заболевания дистальных отделов толстой кишки и наличие у родственников доброкачественных или злокачественных новообразований ЖКТ. УУР С, УДД 5.
2. Выполнить осмотр перианальной области и трансректальное пальцевое исследование прямой кишки. УУР С, УДД 5.
3. Провести аноскопию: определить локализацию, размеры и внешний вид образования, оценить слизистую, зубчатую линию, анальные крипты и нижнеампулярный отдел прямой кишки. УУР С, УДД 5.
4. Выполнить ректороманоскопию для выявления сопутствующих заболеваний прямой и сигмовидной кишки, включая проктит, проктосигмоидит, внутреннее выпадение, болезнь Крона и язвенный колит. УУР С, УДД 5.
5. Провести колоноскопию для выявления сопутствующей патологии толстой кишки и исключения воспалительных изменений при язвенном колите и болезни Крона. УУР С, УДД 5.
6. При подозрении на злокачественный процесс выполнить биопсию ануса и перианальной области для верификации диагноза. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Единственным радикальным методом лечения анальных полипов является хирургическое удаление. Операцию проводят под обезболиванием; тяжелые декомпенсированные заболевания органов и систем являются противопоказанием, а после улучшения состояния операция становится возможной. Не следует выполнять удаление полипа без обследования толстой кишки. УУР С, УДД 5 относится к рекомендации о проведении операции под обезболиванием.

- Гиперпластические полипы на ножке или размером более 5 мм удаляют в пределах здоровых тканей и направляют материал на патолого-анатомическое исследование для исключения истинной аденомы. УУР С, УДД 5.
- Гипертрофированный анальный сосочек удаляют вместе с воспаленной криптой и полулунной заслонкой. Сосочки менее 5 мм без клинических проявлений не удаляют. УУР С, УДД 5.
- Клоакогенный полип иссекают в пределах здоровых тканей с обязательным патолого-анатомическим исследованием материала. УУР С, УДД 4.
- Аденому анального канала удаляют через одноразовый стерильный аноскоп или путем трансанального иссечения новообразования перианальной области и анального канала; операционный материал направляют на патолого-анатомическое исследование. УУР С, УДД 5.
- После удаления фиброзного полипа обязательно проводят патолого-анатомическое исследование, чтобы отличить его от клоакогенного полипа. УУР С, УДД 5.
- В послеоперационном периоде рекомендуется диета, богатая растительной клетчаткой, с исключением алкоголя и острой пищи для ускорения заживления и профилактики послеоперационных осложнений. УУР С, УДД 5.
- Обезболивание при остром или хроническом болевом синдроме, в том числе с применением при показаниях нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов, проводят по принципам рекомендаций по послеоперационному обезболиванию.
- После выписки проводят контрольные осмотры до полного заживления раны. При наличии гиперпластических, клоакогенных или фиброзных полипов и гипертрофированных анальных сосочков рекомендуются профилактика и лечение воспалительных заболеваний толстой кишки и анального канала. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Лечение может проводиться амбулаторно, в дневном или круглосуточном стационаре колопроктологического профиля — в зависимости от клинической ситуации; помощь оказывают врачи-колопроктологи.
- Плановая госпитализация нужна, если требуется коррекция лечения, диагностические или лечебные манипуляции нельзя выполнить амбулаторно либо амбулаторное лечение неэффективно у часто и длительно болеющего пациента.
- После лечения пациента наблюдают контрольными осмотрами до полного заживления раны анального канала.

Частые вопросы

Какие симптомы наиболее характерны для полипа анального канала?

Чаще отмечаются выпадение образования при дефекации, кровь в стуле, дискомфорт, зуд и жжение. Боль встречается реже и обычно связана с травматизацией при выпадении полипа.

Какие инструментальные исследования рекомендуются при подозрении на полип?

Рекомендуются аноскопия, ректороманоскопия и колоноскопия. Аноскопия позволяет оценить локализацию, размеры и внешний вид образования, состояние слизистой, зубчатой линии, анальных крипт и нижнеампулярного отдела прямой кишки.

Когда выполняют биопсию?

При подозрении на злокачественный процесс выполняют биопсию ануса и перианальной области для верификации диагноза. УУР С, УДД 5.

Можно ли удалить полип сразу при обнаружении?

До удаления необходимо обследовать толстую кишку. Полипы более 3 см нельзя удалять без предварительной биопсии, а образования на широком основании — без трансанального ультразвукового исследования.

Всегда ли удаляют гиперпластический полип?

Гиперпластические полипы на ножке или размером более 5 мм удаляют с последующим патолого-анатомическим исследованием материала. УУР С, УДД 5.

Как лечат гипертрофированный анальный сосочек?

Гипертрофированный анальный сосочек удаляют с воспаленной криптой и полулунной заслонкой. Образования менее 5 мм без клинических проявлений не удаляют.

Как наблюдать пациента после удаления истинной аденомы?

Пациентам с истинными аденомами анального канала, достигшим 40 лет, выполняют эндоскопическое обследование толстой кишки не реже одного раза в 3 года. При отягощенном семейном анамнезе проводят аноскопию, ректороманоскопию и колоноскопию; если в течение 5 лет патологических образований в толстой кишке нет, колоноскопию выполняют один раз в 3 года.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/173-polip-analnogo-kanala. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/173_2