Полип толстой и прямой кишки

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: D12.0, D12.1, D12.2, D12.3, D12.4, D12.5, D12.6, D12.7 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Ассоциация "Эндоскопическое общество "РЭндО"

Рекомендация посвящена диагностике и лечению доброкачественных эпителиальных новообразований ободочной и прямой кишки, включая аденомы и зубчатые образования. Главные принципы — качественная колоноскопия, удаление образований без признаков глубокой инвазии, обязательное патоморфологическое исследование и последующее наблюдение с учетом риска.

Главное

- В большинстве случаев поверхностные эпителиальные новообразования протекают бессимптомно; возможные проявления крупных образований — кровь в кале, запор или диарея, слизь, боли и спазмы в животе.
- К «развитым» аденомам относят аденомы размером ≥10 мм и/или аденомы, содержащие не менее 20–25% ворсинчатого компонента, и/или аденомы с дисплазией высокой степени.
- Окончательно отличить доброкачественное новообразование от раннего рака позволяет морфологическое исследование полностью удаленного образования; при отсутствии признаков глубокой инвазии предпочтительно удаление единым блоком.
- Колоноскопию проводят при положительном тесте кала на скрытую кровь, высоком риске по анамнезу, ранее выявленном новообразовании, симптомах или подозрительных данных других исследований.
- Адекватная подготовка кишечника по Бостонской шкале — не менее 6 баллов суммарно и не менее 2 баллов в каждом из трех сегментов; минимально допустимое время извлечения колоноскопа — 6 минут.
- Все поверхностные эпителиальные новообразования без эндоскопических признаков глубокой инвазии удаляют эндоскопически, кроме достоверно гиперпластических полипов размером 1–5 мм в прямой кишке и ректосигмоидном переходе.
- После удаления интервал наблюдения зависит от риска: при низком риске контрольную колоноскопию выполняют через 3 года, при высоком — через 1–2 года; после фрагментарной резекции образования >20 мм контроль проводят через 3–6 месяцев, затем через 1 год.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез, включая семейные случаи полипов и колоректального рака, воспалительные заболевания кишечника, ранее выявленные новообразования и другие факторы риска. Для взрослых — УУР B, УДД 3; для детей — УУР C, УДД 5.
2. Выполнить физикальный осмотр, пальпацию живота и пальцевое ректальное исследование. Для взрослых — УУР C, УДД 5; для детей — УУР B, УДД 2.
3. До диагностического или лечебного вмешательства выполнить общий и биохимический анализы крови, а также коагулограмму для оценки риска кровотечения и подбора подготовки кишечника. Для взрослых и детей — УУР C, УДД 4.
4. Основной метод — колоноскопия; ее проводят при положительном иммунохроматографическом тесте кала на скрытую кровь, высоком риске по анкетированию, симптомах, анемии, ранее выявленном образовании или подозрительных результатах других исследований. УУР C, УДД 5.
5. Перед колоноскопией обеспечить низкоклетчаточную диету и подготовку сертифицированными препаратами; качество очистки оценить по Бостонской шкале и отразить в протоколе. Адекватной считается сумма ≥6 баллов при оценке каждого сегмента ≥2 баллов. Подготовка: УУР B, УДД 1; оценка по шкале: УУР C, УДД 4.
6. При невозможности, незавершенности или отказе от гибкой колоноскопии использовать толстокишечную видеокапсульную или компьютерно-томографическую колоноскопию; ирригоскопию с двойным контрастированием — если участок кишки нельзя осмотреть эндоскопически или с помощью КТ-колонографии. Видеокапсульная и КТ-колонография: для взрослых — УУР B, УДД 2; для детей — УУР C, УДД 5. Ирригоскопия: для взрослых — УУР C, УДД 4; для детей — УУР C, УДД 5.

7. Удаленное образование извлечь и направить на патолого-анатомическое исследование; именно полный препарат позволяет верифицировать гистологию, глубину инвазии и радикальность удаления.

Лечение

- Наблюдать без удаления можно при множественных гиперпластических полипах 1–5 мм в прямой кишке и ректосигмоидном переходе, если их гиперпластический характер достоверно установлен при увеличительной эндоскопии с виртуальной хромоскопией. Для взрослых — УУР C, УДД 4; для детей — УУР C, УДД 5.
- Образования размером ≤2 мм удалять методом холодной щипцовой биопсии. Для взрослых — УУР C, УДД 1; для детей — УУР C, УДД 5.
- «Горячую» биопсию не применять независимо от размера образования. Для взрослых — УУР B, УДД 2; для детей — УУР C, УДД 5.
- Плоские и широкобазисные образования <10 мм удалять холодной полипэктомией; при подозрении на тяжелую дисплазию или раннюю карциному у взрослых использовать эндоскопическую резекцию слизистой.
- Плоские и широкобазисные образования 10–19 мм удалять эндоскопической резекцией слизистой, горячей или холодной полипэктомией. Для взрослых — УУР B, УДД 2; для детей — УУР C, УДД 4. Эндоскопическую резекцию слизистой выполнять единым блоком или в пределах здоровых тканей с минимально возможным количеством фрагментов; УУР C, УДД 4.
- При образованиях ≥20 мм без признаков глубокой инвазии выбирать между фрагментарной резекцией слизистой и диссекцией в подслизистом слое с учетом морфологии, опыта учреждения и риска малигнизации. При высоком риске фокуса рака предпочтительно удаление единым блоком диссекцией или гибридной диссекцией в подслизистом слое. Для взрослых — УУР B, УДД 2.
- Полипы на ножке удалять горячей полипэктомией; при головке ≥20 мм и/или ножке ≥10 мм применять профилактический механический гемостаз. Для взрослых — УУР B, УДД 1; для детей — УУР C, УДД 5.
- После эндоскопического вмешательства ограничить физические нагрузки и соблюдать диетические ограничения в течение 7–14 дней.

Когда направить и как наблюдать

- В дневной стационар первичной специализированной помощи направляют пациентов с ПЭНо Is и/или II типа <10 мм, числом до 10, без рецидива и признаков инвазии, при ASA I–II; возможны холодная или горячая полипэктомия.
- В специализированный дневной стационар или стационар кратковременного пребывания направляют пациентов с полипом на ножке при ножке <10 мм и головке <20 мм либо с ПЭНо Is/II типа <20 мм, до 10 образований, без рецидива и инвазии, при ASA I–II.
- Круглосуточный стационар показан при полипе на ножке с диаметром ножки >10 мм, головке >20 мм, ПЭНо Is/II типа или LST >20 мм, более чем 10 образованиях, подозрении на поверхностную инвазию или рецидиве, ASA III и выше либо высоком риске кровотечения или перфорации.
- Образования >40 мм, занимающие более 2/3 окружности кишки, рецидивные или без подъема при инъекции следует маршрутизировать в учреждение экспертного уровня. У взрослых — УУР C, УДД 4.
- При неэффективности эндоскопического гемостаза требуется срочное хирургическое вмешательство; при перфорации с загрязнением кишечным содержимым — экстренная госпитализация и решение вопроса об операции.

Частые вопросы

Какие полипы можно не удалять?

Только достоверно гиперпластические полипы 1–5 мм, обычно множественные, расположенные в прямой кишке и ректосигмоидном переходе, если характер образования подтвержден увеличительной эндоскопией с виртуальной хромоскопией.

Когда после полипэктомии нужна контрольная колоноскопия?

При низком риске — через 3 года. При высоком риске — через 1–2 года. После фрагментарной резекции полипа размером >20 мм контроль выполняют через 3–6 месяцев, затем через 1 год.

Какой метод выбрать для полипа размером 10–19 мм?

Для плоских и широкобазисных образований допустимы эндоскопическая резекция слизистой, горячая или холодная полипэктомия. При резекции следует стремиться к удалению единым блоком или с минимальным числом фрагментов.

Нужно ли брать биопсию перед удалением полипа?

Если образование подлежит эндоскопическому удалению, биопсию выполнять не следует: она может вызвать подслизистый фиброз и затруднить резекцию. При подозрении на рак у пациентов старше 18 лет, когда удаление не планируется или невозможно, рекомендуют не менее 6 прицельных биоптатов.

Какие признаки указывают на необходимость направления в экспертный центр?

Это образование >40 мм, занимающее более 2/3 окружности кишки, рецидивное или не поднимающееся при подслизистой инъекции, особенно если в учреждении нет достаточного опыта сложных эндоскопических вмешательств.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/949-polip-tolstoj-i-pryamoj-kishki. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/949_1