



Эндоскопическая картина псевдополипоза при воспалительных заболеваниях кишечника*

Будзинская А. А., Белоусова Е. А., Терещенко С. Г., Лапаева Л. Г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт имени М. Ф. Владимирского», (ул. Щепкина, 61/2, г. Москва, 129110, Россия)

Для цитирования: Будзинская А. А., Белоусова Е. А., Терещенко С. Г., Лапаева Л. Г. Эндоскопическая картина псевдополипоза при воспалительных заболеваниях кишечника. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2024;225(5): 5–11. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-225-5-5-11

✉ Для переписки:

Будзинская

Анастасия

Андреевна

anastasiya.budzinskaya

@inbox.ru

Будзинская Анастасия Андреевна, к.м.н., старший научный сотрудник отделения эндоскопии отдела хирургии
Белоусова Елена Александровна, д.м.н., профессор, руководитель гастроэнтерологического отделения
Терещенко Сергей Григорьевич, д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения эндоскопии отдела хирургии
Лапаева Людмила Геннадьевна, кандидат технических наук, старший научный сотрудник отделения эндоскопии
отдела хирургии

Резюме

* Иллюстрации
к статье –
на цветной
вклейке в журнал
(стр. I).

Цель. Оценить частоту встречаемости псевдополипов (ПП), а также их гистологическую структуру у больных с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

Материалы и методы. Было обследовано 165 пациентов с ВЗК (113 — с язвенным колитом (ЯК), 52 — с болезнью Крона (БК)). Всем пациентам проводилась илеоколоноскопия со взятием материала для гистологического исследования в случае, если были выявлены псевдополипы.

Результаты исследования. Выявлено, что псевдополипы встречались в 27% у больных с ВЗК (при ЯК — в 29%, БК — 23%). В разные фазы воспалительного процесса при ЯК количество ПП было сопоставимо между собой. При БК статистически значимо чаще ПП были выявлены в стадии рубцов и вне обострения, чем в фазы инфильтрации и язв.

При гистологическом исследовании биопсийного материала из ткани ПП чаще всего мы верифицировали гиперплазию, воспалительный полип и грануляционную ткань. Аденома была выявлена у двух пациентов при ЯК и БК. Крипт-абсцессы и дискомплексация крипт были обнаружены только при обострении ЯК.

Заключение. Исходя из результатов нашего исследования, псевдополипы встречаются и при ЯК, и при БК в разные фазы воспалительного процесса, что говорит об отсутствии специфичности данных новообразований для какого-либо из ВЗК. Выявление большого количества ПП при выраженной стадии ЯК, на наш взгляд, говорит о связи ПП с агрессивно протекающей атакой, что может послужить одним из критериев прогноза течения ЯК. Клеточный состав ПП в большинстве случаев отражал воспаление или заживление эрозивно-язвенных дефектов, а также в небольшом количестве случаев — наличие аденомы. Таким образом, ПП требуют тщательного осмотра при проведении эндоскопического исследования, при возникновении подозрений на наличие неоплазии или дисплазии в ткани ПП необходимо взятие биоптатов для гистологического исследования.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, псевдополипы, малигнизация, колоректальный рак

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

EDN: SHHSFS



<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-225-5-5-11>

Endoscopic picture of pseudopolyposis in inflammatory bowel diseases*

A. A. Budzinskaya, E. A. Belousova, S. G. Tereschenko, L. G. Lapaeva

Moscow Regional Research and Clinical Institute, (61/2, st. Shchepkina, Moscow, 129110, Russia)

For citation: Budzinskaya A. A., Belousova E. A., Tereschenko S. G., Lapaeva L. G. Endoscopic picture of pseudopolyposis in inflammatory bowel diseases. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2024;225(5): 5–11. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-225-5-5-11

✉ *Corresponding author:*

Anastasiya A. Budzinskaya

anastasiya.budzinskaya@inbox.ru

Anastasiya A. Budzinskaya, Candidate of Medical Sciences, PhD, Senior Researcher of the Department of Endoscopy of the Department of Surgery; *SPIN*: 5864–7977, *ORCID*: 0000–0001–9055–5357, *Researcher ID*: AGS-5846–2022

Elena A. Belousova, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Gastroenterology Department; *SPIN*: 6690–9839, *ORCID*: 0000–0003–4523–3337

Sergey G. Tereschenko, Doctor of Medical Sciences, PhD, Leading Researcher of the Department of Endoscopy of the Department of Surgery; *SPIN*: 1742–5712, *ORCID*: 0000–0001–6499–2852, *Researcher ID*: AGS-5979–2022

Ludmila G. Lapaeva, Candidate of Technical Sciences, Senior Researcher of the Department of Endoscopy of the Department of Surgery; *SPIN*: 3826–0220, *ORCID*: 0009–0004–5568–2931, *Researcher ID*: AGS-6014–2022

Summary

* Illustrations to the article are on the colored inset of the Journal (p. I).

Aim. To evaluate the frequency of pseudopolyps (PP), as well as their histological structure in patients with inflammatory bowel diseases (IBD).

Materials and methods. 165 patients with IBD were examined (113 with ulcerative colitis (UC), 52 with Crohn's disease (CD)). All patients underwent ileocolonoscopy with taking the material for histological examination in case pseudopolyps were detected.

Results. It was revealed that pseudopolyps were found in 27% of patients with IBD (in UC — in 29%, CD — 23%). In different phases of the inflammatory process in UC, the number of PP was comparable to each other. In CD, PP was statistically significantly more often detected at the stage of scars and outside of exacerbation than in the phases of infiltration and ulcers. During histological examination of biopsy material from PP tissue hyperplasia, inflammatory polyp and granulation tissue were verified. Adenoma was detected in one case in each of the IBD. Crypt abscesses and crypt discomplexation were found only with exacerbation of UC.

Conclusion. Based on the results of our study, pseudopolyps occur in both UC and CD in different phases of the inflammatory process, which indicates the absence of specificity of these tumors for any of the IBD. The identification of a large number of PP at a pronounced stage of UC, in our opinion, indicates the connection of PP with an aggressive attack, which can serve as one of the criteria for predicting the course of UC. The cellular composition of PP in most cases reflected inflammation or healing of erosive and ulcerative defects, as well as in a small number of cases, the presence of adenoma.

Thus, PP requires careful examination during endoscopic examination, if there is a suspicion of neoplasia or dysplasia in the PP tissue, biopsies must be taken for histological examination.

Keywords: inflammatory bowel diseases, pseudopolyps, malignancy, colorectal cancer

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Язвенный колит и болезнь Крона – воспалительные заболевания кишечника, основным проявлением которых является эрозивно-язвенное поражение слизистой оболочки ЖКТ с различной степенью выраженности и глубиной проникновения воспалительного процесса. Как правило, течение ВЗК характеризуется чередованием периодов ремиссии и обострения различной длительности. Клиническая и эндоскопическая картина данных периодов различается, что позволяет на основании комплексного обследования делать вывод

о наличии или отсутствии выраженного воспалительного процесса на данный момент. К эндоскопическим критериям обострения при ВЗК относятся наличие дефектов слизистой оболочки различной глубины, гиперемия и отек слизистой оболочки, отсутствие складчатости кишки, воспалительные сужения и др. В период ремиссии отмечается нормальный цвет целостной слизистой оболочки кишки, может наблюдаться смазанность сосудистого рисунка. При множественных рубцовых изменениях в фазе ремиссии определяется

отсутствие полного восстановления складчатости кишки, однако, как правило, отсутствие отека закономерно обуславливает и восстановление гаустр толстой кишки [1, 2].

Одним из «двояких» проявлений ЯК и БК являются псевдополипы (ПП) – гиперплазированные участки слизистой оболочки, располагающиеся между язвенными дефектами во время обострения. Псевдополипы были впервые описаны в 1926 году при язвенном колите, а их название отражало попытку отграничить данные образования от истинных неопластических процессов, таких как аденомы [3, 4].

Считается, что псевдополипы при стихании воспаления являются центрами регенерации, посредством которых осуществляется эпителизация эрозивно-язвенных изменений. ПП могут регистрироваться как при обострении заболевания, так и в ремиссии. Они могут быть различных форм и размеров, а также быть одиночными и множественными. При ЯК псевдополипы обнаруживают чаще, чем при БК [5, 6].

Ввиду того, что ПП являются эпителиальными образованиями, в литературе широко обсуждается возможность их малигнизации. В некоторых исследованиях авторы отмечают двукратное повышение риска колоректального (КРР) у больных с ПП [7, 8, 9]. В других работах указывается на отсутствие гистологически подтвержденной дисплазии у пациентов даже с гигантскими (более 1,5 см) ПП [5]. Взятие биопсии из ПП не предусмотрено рекомендациями различных ассоциаций по изучению ВЗК, так как еще на начальных этапах проведения исследований ПП было определено, что они не являются неопластическими новообразованиями и не несут в себе угрозы развития малигнизации [10, 11, 12, 13]. Однако, в настоящее время по данным ВОЗ КРР вышел на третье место в структуре онкологических заболеваний [14]. Не исключено, что именно с этим связано появление в последние годы в зарубежной литературе различных исследований на тему псевдополипоза, что говорит о возникшем интересе современных ученых к данной проблеме, а также, вероятно, о наличии

новых фактов. Хроническое воспаление при ВЗК является одним из факторов, предрасполагающих к развитию диспластических процессов. Ввиду этого мониторинг очагов дисплазии при ВЗК является одной из основных задач очередного эндоскопического исследования у данной группы пациентов. Несмотря на расхождение взглядов по поводу возможности малигнизации ПП, по рекомендациям Объединенного Королевства необходимо проводить колоноскопию пациентам с ПП раз в три года, по данным Европейского общества по изучению болезни Крона и язвенного колита – раз в два-три года, а согласно рекомендациям Американского общества Гастроинтестинальной эндоскопии – с периодичностью от 1 до 3 лет [15, 16, 17]. Согласно клиническим рекомендациям Министерства Здравоохранения РФ 2020 года псевдополипоз является одним из критериев риска возникновения дисплазии, однако четких критериев интервалов осмотра при ПП не определено [1]. В настоящий момент в проекте следующих клинических рекомендаций ПП не являются предрасполагающим фактором для возникновения дисплазии [18].

Отсутствие единого мнения о гистологической структуре ПП также остается открытым вопросом. В различных исследованиях озвучены многочисленные варианты структуры ПП при микроскопическом исследовании. Можно предположить, что зависимость активности процесса от наличия ПП у пациента исходит из гистологического строения новообразования. Однако, данное предположение требует анализа и дальнейшего подтверждения либо опровержения. В настоящее время исследования ПП и их значения в генезе или поддержании воспаления, а также возможности малигнизации носят достаточно фрагментарный характер. Данные новообразования являются не до конца изученным проявлением ВЗК. Вышеизложенное послужило основанием сформулировать цель настоящего исследования: оценить частоту встречаемости псевдополипов при эндоскопическом исследовании, а также их гистологическую структуру у больных с ВЗК.

Материалы и методы

Было проведено проспективное одноцентровое исследование, которое проводилось на базе ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского. Исследование было одобрено локальным этическим комитетом (протокол ученого совета № 9 от 27.09.2021 г.). Критериями включения в исследование было наличие у пациента одного из ВЗК. Обследовано 165 больных с ранее установленным диагнозом ВЗК, находящихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении.

Было проведено исследование толстой и терминального отдела подвздошной кишки у 52 пациентов с БК толстой кишки (М: Ж=27:25), средний возраст составил 36,2 (18–69) лет; в фазе ремиссии было 10 пациентов, 16 – с эндоскопическими признаками фазы инфильтрации БК, 24-фазы язв и 2 пациента – в стадии рубцов. В исследование вошли

также 113 пациентов с ЯК (М: Ж=64:49), средний возраст составил 41,4 (19–79) года. В фазе ремиссии было 20 пациентов, с минимальной степенью активности (по Schroeder) – 23 пациента, 47- с умеренной степенью выраженности, 23- с высокой степенью воспаления.

Всем больным проводилась илеоколоноскопия со взятием материала для гистологического исследования в случае, если были выявлены псевдополипы.

Статистическую оценку полученных результатов проводили с помощью программы Excel, Statistica 12 (StatSoft inc.). Для сравнения качественных показателей использовался критерий Хи-квадрат и точный критерий Фишера. Результаты считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

В ходе проведения исследования мы получили следующие результаты. Обследовав всех пациентов с ВЗК мы выявили у 45 (27%) из них псевдополипы (рисунки 1, 2) – 33 у больных с ЯК (29%) 12- с болезнью Крона (23%).

В первую очередь, нами было проведено сравнение частоты встречаемости псевдополипов у пациентов с ЯК и БК в различные периоды воспалительного процесса (таблицы 1, 2).

Сравнивая частоту встречаемости псевдополипов у больных с ЯК (29%) и БК (23%), видно, что общее количество данных образований превалировало у пациентов с ЯК, однако, статистически достоверной разницы в показателях выявлено не было. Частота ПП в фазу ремиссии ЯК была выше, чем при обострении данного заболевания (45% и 25%). При этом в фазу выраженного воспалительного процесса (рисунки 3, 4) мы обнаруживали ПП чаще, чем при более легких стадиях активности ЯК. Частота псевдополипоза при выраженной стадии ЯК была сопоставима с таковой в фазе ремиссии (рисунок 5).

При БК в 16% случаев ПП были верифицированы во время обострения заболевания, тогда как в фазу ремиссии – в 50% случаев (p<0,05) (рис. 6). При этом превалировало относительное количество ПП в фазе рубцов при БК в сравнении с фазой инфильтрации и язв (p<0,05). Интересным представляется тот факт, что при отсутствии активного воспалительного процесса при колите Крона статистически значимо чаще были выявлены ПП, чем в фазу язв. При этом, статистически достоверной разницы при сравнении с частотой ПП в другие стадии воспаления обнаружено не было.

При анализе гистологической структуры псевдополипов у больных с ВЗК мы выявили различные микроскопические формы данных образований, представленные в таблице № 3. Необходимо отметить, что у одного пациента мы могли регистрировать несколько микроскопических изменений в ткани ПП.

В фазе ремиссии ЯК наиболее часто встречалась гиперплазия ткани ПП (30%), тогда как при обострении ЯК в большинстве случаев – воспалительный полип (28%) и грануляционную ткань (29%) в области ПП.

С одинаковой частотой в периоде стихания воспалительного процесса при ЯК мы верифицировали воспалительный полип, грануляционную ткань и лимфоплазмноклеточную инфильтрацию в ПП (по 22%). У одного пациента в ткани псевдополипа была выявлена аденома толстой кишки. При этом, визуальное новообразование ничем не отличалось от других ПП, и наличие аденомы в нем явилось случайной находкой.

При обострении ЯК гиперплазия ткани была обнаружена в 17% случаев, что было идентично с частотой выявления крипт-абсцессов. В то же время дискмплексация крипт была выявлена у 12,5% пациентов. Необходимо отметить, что крипт-абсцессы и дискмплексация крипт не были выявлены ни при ЯК в стадии ремиссии, ни при БК вне зависимости от степени выраженности воспаления. Данный факт может говорить о специфичности вышеуказанных признаков при обострении язвенного колита.

При болезни Крона в стадии ремиссии в подавляющем большинстве случаев (60%) мы

Таблица 1.
Частота встречаемости псевдополипов при язвенном колите.

	ЯК, ремиссия (n=20)	ЯК, минимальная степень активности (n=23)	ЯК, умеренная степень активности (n=47)	ЯК, выраженная степень активности (n=23)	Общее количество (n=113)
Псевдополипы, абс. (отн.) количество	9 (45%)	5 (22%)	10 (21%)	9 (39%)	33 (29%)

Таблица 2.
Частота встречаемости псевдополипов при болезни Крона.

Примечание:

[^]- p = 0, 036,

^{*}- p = 0,006,

¹-0,019,

²-0,003

	БК, ремиссия (n=10)	БК, фаза инфильтрации (n=16)	БК, фаза язв (n=24)	БК, фаза рубцов (n=2)	Общее количество (n=52)
Псевдополипы, абс. (отн.) количество	5 (50%)* ¹	2 (12,5%)* [^]	3 (12,5%)* ^{1,2}	2 (100%)* ^{^2}	12 (23%)

Таблица № 3.
Результаты гистологического исследования псевдополипов у больных с ВЗК.

	ЯК, ремиссия (n=9)	ЯК, обострение (n=24)	БК, ремиссия (n=5)	БК, обострение (n=7)
Гиперплазия	3 (30%)	4 (17%)	1 (20%)	2 (28%)
Аденома	1 (11%)	0	0	1 (14%)
Воспалительный полип	2 (22%)	5 (28%)	3 (60%)	3 (43%)
Лимфоплазмноклеточная инфильтрация	2 (22%)	3 (12,5%)	0	1 (14%)
Грануляционная ткань	2 (22%)	7 (29%)	2 (40%)	3 (43%)
Крипт-абсцессы	0	4 (17%)	0	0
Дискмплексация крипт	0	3 (12,5%)	0	0

верифицировали воспалительный полип в ткани ПП, на втором месте в 40% – грануляционная ткань.

Во время обострения БК в большинстве случаев мы выявили грануляционную ткань и воспалительный полип (по 43%), на втором месте по частоте встречаемости в гистологическом материале ПП мы обнаружили гиперплазию ткани в 28%, что сопоставимо с таковой при ЯК в стадии ремиссии (30%).

Также по одному случаю аденомы толстой кишки и лимфоплазмноклеточной инфильтрации было выявлено при обострении БК, что было аналогично с данными, полученными при ЯК.

Анализ результатов при различных патологиях статистически значимой разницы в показателях не выявил. Однако, обращает на себя внимание, что

при ЯК и БК гистологическая картина ПП различается и в стадии обострения, и в ремиссии. Так, при отсутствии обострения при ЯК превалирует гиперплазия ПП, тогда как при БК явления воспалительного полипа и грануляционная ткань. Такая же картина преобладания вышеуказанных гистологических типов обнаружена нами при обострении язвенного колита. При ЯК отличительной чертой является наличие крипт-абсцессов и дискомплексации крипт в биопсийном материале псевдополипов в периоде обострения. Болезнь Крона в фазе активного воспаления характеризовалась сопоставимым с ЯК количеством выявленных гистологических изменений, однако, частота гиперплазии, воспалительного полипа и грануляционной ткани была выше при БК.

Обсуждение результатов

В нашем исследовании из 165 пациентов ВЗК в трети случаев были выявлены ПП, при этом при БК и ЯК частота встречаемости ПП была сопоставима. Полученные результаты совпадают с данными литературы по этому вопросу. В исследовании, проведенном Dimitrios S. Politisa, обследовавшем 83 пациента с ЯК, у 25 из них были выявлены ПП. В мультицентровом исследовании среди 1582 пациентов с ВЗК у 462 (29,2%) были обнаружены псевдополипы [19]. По данным литературы при ЯК ПП встречаются чаще, чем при БК, причем в некоторых источниках ПП описываются как патогномоничный для язвенного колита признак. Частота ПП в нашем исследовании была сопоставима друг с другом при различных ВЗК, что указывает на неспецифичный генез данных образований.

Что касается наличия псевдополипов в различных стадиях воспалительного процесса при ЯК и БК, мы верифицировали их при обоих заболеваниях и в ремиссию, и в обострении. При этом, в фазе ремиссии количество ПП было больше, чем при активном процессе. Вероятнее всего, этот факт связан с тем, что ПП появляются в фазу выраженного воспаления и являются центрами размножения клеток для эпителизации язвенных дефектов. Данное предположение также подтверждается тем, что при выраженном воспалении при ЯК ПП верифицируются чаще, чем при умеренной и легкой стадиях. По данным Dimitrios S. Politisa больные ВЗК с ПП чаще нуждаются в назначении биологической терапии, что косвенно указывает на их выявление при выраженной степени активности воспалительного процесса [20]. Politis D. S. и соавторы указывают на необходимость пересмотра роли и места ПП в классификации эндоскопической активности ВЗК, подчеркивая также увеличенный риск колэктомии при наличии псевдополипоза [21]. Похожего мнения придерживаются авторы мультицентрового исследования, в результате которого они пришли к выводу, что частота колэктомии, связанной с тяжелым течением ВЗК была достоверно выше у пациентов с ПП, что, возможно, было обусловлено либо разницей в непроходимостью толстой кишки, либо тем фактом, что на фоне агрессивной протекающего заболевания количество ПП увеличивается [19].

При БК в фазе ремиссии статистически значимо чаще встречаются ПП. В исследовании, проведенном Mona Rezapour и соавторами, которые обследовали 45 пациентов с ПП, было также выявлено, что в 82,6% пациенты были в фазе ремиссии, 17,4% в стадии обострения ВЗК [22].

В литературе обсуждается также роль ПП в обструкции кишки, что также является важной проблемой и может имитировать симптомы ВЗК и быть причиной оперативного вмешательства [19]. Такие осложнения, как правило, встречаются при наличии ПП гигантского размера или множественными ПП на одном участке кишки. Maggs и соавт. [23] проанализировали 78 пациентов с гигантскими ПП, среди которых 15% были осложнены непроходимостью. По данным этой работы из общего числа 25 пациентов с неактивной болезнью у 11 были симптомы ВЗК, которые регрессировали после удаления ПП. Это также указывает на неоднозначную роль ПП в течении ЯК и БК, так как если удаление ПП снижает воспалительный процесс, логично предположить, что есть некая связь между активностью заболевания и наличием ПП. Вышеуказанные наблюдения также наводят на мысль, что, возможно, ПП являются отображением высокой степени активности воспаления, что совпадает с результатами нашего исследования.

При взятии материала для гистологического исследования и анализе полученных результатов нами было выявлено, что при ЯК в стадии ремиссии превалирует количество гиперплазии в ткани ПП. Вероятнее всего, гиперплазия является отображением увеличения деления клеток для процессов заживления эрозивно-язвенных дефектов. По заключению гистологического исследования при обоих ВЗК в разные стадии активности процесса мы также верифицировали воспалительный полип, лимфоплазмноклеточную инфильтрацию и грануляционную ткань с различной частотой. Исходя из того, что воспалительный полип и лимфоплазмноклеточная инфильтрация являются отображением воспалительной реакции в ткани ПП, это может говорить о том, что несмотря на эндоскопическую ремиссию, процессы заживления в толстой кишке еще не завершились. Интересным представляется

наличие крипт-абсцессов и дискомплексации крипт только при обострении ЯК, что говорит, вероятнее всего, об активном воспалении и в ткани ПП. Однако, не исключено, что ПП образовались в результате предыдущих атак ВЗК, в связи с чем на момент нашего осмотра не являлись центрами предстоящей регенерации слизистой оболочки толстой кишки. По данным Dimitrios S. Politis в одном ПП могут встречаться различные гистологические находки, в том числе грануляционная ткань, инфильтрированная лимфоцитами и нейтрофилами, что полностью совпадает с результатами нашего исследования. Именно поэтому вышеуказанные авторы рекомендуют использовать различные термины для описания псевдополипов: воспалительный полип, поствоспалительный полип, воспалительный псевдополип [6]. В настоящее время в нашей стране данное разделение ПП встречается крайне редко.

Вопрос частоты и риска малигнизации ПП широко обсуждается в отечественной и зарубежной литературе, и мнения крайне разноречивы [7, 8, 9, 19].

По данным исследований Rutter et al. [7], Velayos et al. [8] and Baars et al. [9], проводившихся в начале 21 века, риск КРР повышен в два раза у пациентов с ПП. Результаты исследователей 90-х годов показывают, что малигнизация ПП крайне редкое явление, и докладывают всего о двух случаях карциномы в ПП [13]. В относительно недавно проведенном мультицентровом исследовании было показано отсутствие корреляции между наличием ПП и риском КРР [19], а также описан случай выявления аденокарциномы при ЯК с наличием ПП [24]. Yong Sung Choia и соавт. описывают два случая гигантских ПП у пациентов с ЯК и БК, которые были подозрительны в отношении аденомы и аденокарциномы. Интересно, что после назначения адекватной медикаментозной терапии данные новообразования регрессировали [5].

В проведенном нами исследовании признаков дисплазии или аденокарциномы в ткани ПП выявлено не было. Однако, было верифицировано по 1 случаю аденомы толстой кишки у пациентов с ЯК и БК, что составило 11% и 14% соответственно. Несмотря на небольшое количество, необходимо

отметить, что аденома ТК является предраковым состоянием [25], и требуется удаление данных новообразований. В 20% у больных ЯК и в 25% – БК были выявлены признаки гиперплазии в области ПП, которая, вероятнее всего, образовалась вследствие воспалительного процесса и не несет в себе какого-либо риска возникновения дисплазии.

Ввиду того, что в настоящее время все большее значение приобретают вопросы, направленные на профилактику и раннее выявление неопластических образований, важным представляется понимание, насколько велик риск малигнизации ПП. Безусловно, количество ПП с очагами неоплазии различной степени выраженности крайне мало по данным различных исследований, в том числе, и нашего. Однако, по нашему мнению, даже единичные данные о выявлении аденокарциномы, дисплазии или аденомы в ткани ПП говорит о том, что должна быть определенная настороженность при обследовании пациентов с ВЗК и ПП. Также выявленный не так давно зубчатый путь канцерогенеза не может быть исключен у больных данной группы. Диагностика дисплазии в ПП сложна ввиду часто встречающихся случаев большого количества ПП, в том числе, сливающихся между собой, а также смазанного сосудистого рисунка или его отсутствия на фоне выраженного воспаления, характерного для ВЗК.

Несомненно, регулярный скрининг больных с ВЗК, выявление больных из групп риска, использование современных эндоскопических методик, взятие достаточного количества материала на гистологическое исследование имеют большое значение и необходимо для своевременной диагностики диспластических изменений. По нашему мнению, необходимо детальное обследование пациентов с ПП, прицельный осмотр очагов псевдополипоза с тщательным отмыванием кишечного содержимого. Таким образом, вопросы, касающиеся ПП толстой кишки при ЯК и БК требуют дальнейшего изучения, систематизации полученной информации, а также, возможно, создание определенных рекомендаций для практических врачей, обследующих пациентов с ВЗК.

Литература | References

1. Recommendations of the Russian Gastroenterological Association and the Russian Association of Coloproctologists for the diagnosis and treatment of adult patients with ulcerative colitis. (In Russ.) Available at: http://cr.rosminzdrav.ru/schema/193_1#doc_a12020. (Accessed: 05.12.2023.)
Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных язвенным колитом. URL: http://cr.rosminzdrav.ru/schema/193_1#doc_a12020
2. Recommendations of the Russian Gastroenterological Association and the Russian Association of Coloproctologists for the diagnosis and treatment of adult patients with Crohn's disease. (In Russ.) Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/176_1. (Accessed: 05.12.2023.)
Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных болезнью Крона. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/176_1.
3. Wheeler De W.I.C. Multiple polypi of the colon. *British Journal of Surgery*. 1926;14(53):58–66. doi: 10.1002/bjs.1800145305.
4. Kovalcik P.J., Szydlowski T. R. Localized giant pseudopolypoid of the colon in ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum*. 1980;23(4):268–70. doi: 10.1007/BF02587098.
5. Choi Y.S., Suh J. P., Lee I. T. et al. Regression of giant pseudopolyps in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2012;6(2):240–3. doi: 10.1016/j.crohns.2011.08.007.
6. Politis D.S., Katsanos K. H., Tsianos E. V., Christodoulou D. K. Pseudopolyps in inflammatory bowel dis-

- eases: Have we learned enough? *World J Gastroenterol*. 2017;23(9):1541–1551. doi: 10.3748/wjg.v23.i9.1541.
7. Velayos F.S., Loftus E. V. Jr, Jess T. et al. Predictive and protective factors associated with colorectal cancer in ulcerative colitis: A case-control study. *Gastroenterology*. 2006;130(7):1941–9. doi: 10.1053/j.gastro.2006.03.028.
 8. Rutter M.D., Saunders B. P., Wilkinson K. H. et al. Cancer surveillance in longstanding ulcerative colitis: endoscopic appearances help predict cancer risk. *Gut*. 2004;53(12):1813–6. doi: 10.1136/gut.2003.038505.
 9. Baars J.E., Looman C. W., Steyerberg E. W. et al. The risk of inflammatory bowel disease-related colorectal carcinoma is limited: results from a nationwide nested case-control study. *Am J Gastroenterol*. 2011;106(2):319–28. doi: 10.1038/ajg.2010.428.
 10. Goldgraber M. B. Pseudopolyps in ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum*. 1965;8(5):355–63. doi: 10.1007/BF02627260.
 11. Jalan K.N., Walker R. J., Sircus W., McManus J.P., Prescott R. J., Card W. I. Pseudopolypoidosis in ulcerative colitis. *Lancet*. 1969;2(7620):555–9. doi: 10.1016/s0140-6736(69)90260-8.
 12. Dukes C. E. The surgical pathology of ulcerative colitis. *Ann R Coll Surg Engl*. 1954;14(6):389–400.
 13. Kusunoki M., Nishigami T., Yanagi H. et al. Occult cancer in localized giant pseudopolypoidosis. *Am J Gastroenterol*. 1992;87(3):379–81.
 14. Sung H., Ferlay J., Siegel R. L. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71:209–49. doi: 10.3322/CAAC.21660.
 15. Cairns S.R., Scholefield J. H., Steele R. J., Dunlop M. G., Thomas H. J., Evans G. D., Eaden J. A., Rutter M. D., Atkin W. P., Saunders B. P., Lucassen A., Jenkins P., Fairclough P. D., Woodhouse C. R.; British Society of Gastroenterology; Association of Coloproctology for Great Britain and Ireland. Guidelines for colorectal cancer screening and surveillance in moderate and high risk groups (update from 2002). *Gut*. 2010;59(5):666–89. doi: 10.1136/gut.2009.179804.
 16. Annesse V., Daperno M., Rutter M. D., Amiot A., Bossuyt P., East J., Ferrante M., Götz M., Katsanos K. H., Kießlich R., Ordás I., Repici A., Rosa B., Sebastian S., Kucharzik T., Eliakim R.; European Crohn's and Colitis Organisation. European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2013;7(12):982–1018. doi: 10.1016/j.crohns.2013.09.016.
 17. Shergill A. K., Lightdale J. R., Bruining D. H. et al. The role of endoscopy in inflammatory bowel disease. *Gastrointest Endosc*. 2015;81: 1101–21.e1–13. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2014.10.030>.
 - Шельгин Ю. А., Ивашкин В. Т., Белоусова Е. А. и Соавт. Язвенный колит (К51), взрослые. *Колонпроктология*. 2023;22(1):10–44. doi: 10.33878/2073-7556-2023-22-1-10-44
 18. Shelygin Yu. A., Ivashkin V. T., Belousova E. A. et al. Ulcerative colitis (K51), adults. *Koloproctologia*. 2023;22(1):10–44. (In Russ.) doi: 10.33878/2073-7556-2023-22-1-10-44
 19. Mahmoud R., Shah S. C., Ten Hove J. R., Torres J., Mooiweer E., Castaneda D., Glass J., Elman J., Kumar A., Axelrad J., Ullman T., Colombel J. F., Oldenburg B., Itzkowitz S. H.; Dutch Initiative on Crohn and Colitis. No Association Between Pseudopolyps and Colorectal Neoplasia in Patients With Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*. 2019;156(5):1333–1344.e3. doi: 10.1053/j.gastro.2018.11.067.
 20. Politis D. S., Papamichael K., Katsanos K. H., Koulouridis I., Mavromati D., Tsianos E. V., Christodoulou D. K. Presence of pseudopolyps in ulcerative colitis is associated with a higher risk for treatment escalation. *Ann Gastroenterol*. 2019;32(2):168–73. doi: 10.20524/aog.2019.0357.
 21. Politis D. S., Katsanos K. H., Papamichael K., Saridi M., Albani E., Christodoulou D. K. Has the time been reached for pseudopolyps to be re-enrolled in endoscopic inflammatory bowel disease scores? *World J Gastrointest Endosc*. 2019;11(6):424–26. doi: 10.4253/wjge.v11.i6.424.
 22. Rezapour M., Quintero M., Khakoo N. S. et al. Reclassifying Pseudopolyps in Inflammatory Bowel Disease: Histologic and Endoscopic Description in the New Era of Mucosal Healing. *Crohns Colitis* 360. 2019;1(3): otz033. doi: 10.1093/crocol/otz033.
 23. Maggs J. R., Browning L. C., Warren B. F., Travis S. P. Obstructing giant post-inflammatory polyposis in ulcerative colitis: Case report and review of the literature. *J Crohns Colitis*. 2008;2(2):170–80. doi: 10.1016/j.crohns.2007.10.007.
 24. Xiao Y., Lakatos P. L., Bessissow T. Adenocarcinoma Within Carpet-Like Pseudopolyposis. *ACG Case Rep J*. 2020;7(6): e00415. doi: 10.14309/crj.0000000000000415.
 25. Adenomatous polyposis syndrome. Clinical recommendations. 2022. (In Russ.) Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/738_1. (Accessed: 05.12.2023.)
- Аденоматозный полипозный синдром. Клинические рекомендации. 2022. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/738_1.

К статье

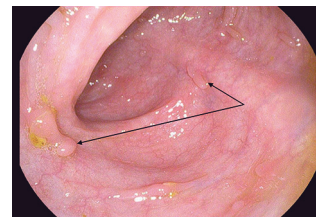
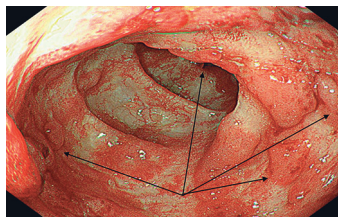
Эндоскопическая картина псевдополипоза при воспалительных заболеваниях кишечника (стр. 5–11)

To article

Endoscopic picture of pseudopolyposis in inflammatory bowel diseases (p. 5–11)

Рисунки 1, 2. Псевдополипы в толстой кишке (указаны стрелками).

Figures 1, 2. Pseudopolyps in the colon (indicated by arrows).



Рисунки 3, 4. Псевдополипы при выраженной стадии язвенного колита (указаны стрелками).

Figures 3, 4. Pseudopolyps with a pronounced stage of ulcerative colitis (indicated by arrows).

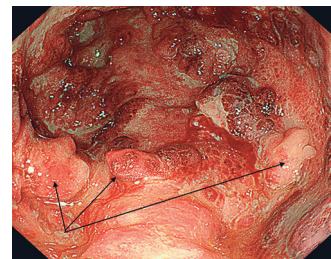
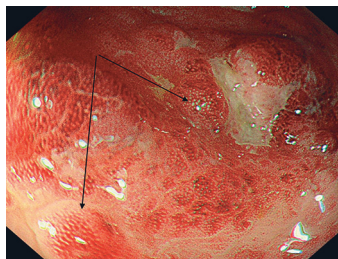


Рисунок 5. Конгломерат псевдополипов при ремиссии язвенного колита (выделен овалом).

Figure 5. Conglomerate of pseudopolyps in remission of ulcerative colitis (highlighted in an oval).

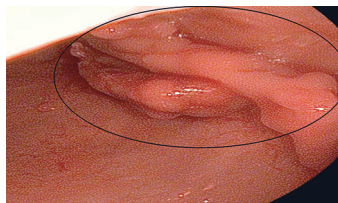


Рисунок 6. Множественные псевдополипы при ремиссии БК (указаны стрелками).

Figure 6. Multiple pseudopolyps in remission of CD (indicated by arrows).

