

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ВЗРОСЛЫХ  
ПАЦИЕНТОВ С АНАЛЬНЫМИ ПОЛИПАМИ**

Москва 2013 г

Настоящие рекомендации разработаны экспертной комиссией Общероссийской Общественной Организации «Ассоциация колопроктологов России» в составе:

1	Шельгин Юрий Анатольевич	Москва
2	Багдасарян Лев Карапетович	Москва
3	Брыков Владимир Иванович	Москва
4	Васильев Сергей Васильевич	Санкт-Петербург
5	Григорьев Евгений Георгиевич	Иркутск
6	Жуков Борис Николаевич	Самара
7.	Кашников Владимир Николаевич	Москва
8	Кузьминов Александр Михайлович	Москва
9	Куликовский Владимир Федорович	Белгород
10	Муравьев Александр Васильевич	Ставрополь
11	Пак Владислав Евгеньевич	Иркутск
12	Половинкин Вадим Владимирович	Краснодар
13	Сачков Игорь Юрьевич	Москва
14	Тихонов Игорь Алексеевич	Владимир
15	Фролов Сергей Алексеевич	Москва
16	Хубезов Дмитрий Анатольевич	Рязань
17	Чибисов Геннадий Иванович	Калуга
18	Эфрон Александр Григорьевич	Смоленск
19	Яновой Валерий Владимирович	Благовещенск

<b>Оглавление.</b>	
<b>1. СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</b> .....	4
<b>2. ВВЕДЕНИЕ</b> .....	5
2.1 ВАЛИДИЗАЦИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ.....	6
2.2 ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ.....	6
<b>3. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ З АНАЛЬНЫХ ПОЛИПОВ</b> .....	6
3.1 ОПРЕДЕЛЕНИЕ.....	6
3.2 КОД ПО МКБ.....	6
3.3 КЛАССИФИКАЦИЯ.....	6
3.4 ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПОЛИПЫ.....	7
3.5 ГИПЕРТРОФИРОВАННЫЙ АНАЛЬНЫЙ СОСОЧЕК.....	7
3.6 КЛОАКОГЕННЫЕ ПОЛИПЫ.....	7
3.7 АДЕНОМЫ АНАЛЬНОГО КАНАЛА.....	7
3.8 ФИБРОЗНЫЙ ПОЛИП.....	7
3.9 РАЗНОЕ.....	7
<b>4. ДИАГНОСТИКА</b> .....	8
<b>5. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА</b> .....	8
<b>6. ЛЕЧЕНИЕ</b> .....	9
6.1 ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПОЛИПЫ.....	9
6.2 ГИПЕРТРОФИРОВАННЫЙ АНАЛЬНЫЙ СОСОЧЕК.....	9
6.3 КЛОАКОГЕННЫЕ ПОЛИПЫ.....	10
6.4 АДЕНОМЫ АНАЛЬНОГО КАНАЛА.....	10
6.5 ФИБРОЗНЫЙ ПОЛИП.....	10
<b>7. ЧЕГО НЕЛЬЗЯ ДЕЛАТЬ</b> .....	10
<b>8. ДАЛЬНЕЙШЕЕ ЛЕЧЕНИЕ</b> .....	10
<b>9. ПРОФИЛАКТИКА</b> .....	10
<b>10. ПРОГНОЗ</b> .....	10
10.1 ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПОЛИПЫ.....	10
10.2 ГИПЕРТРОФИРОВАННЫЙ АНАЛЬНЫЙ СОСОЧЕК.....	11
10.3 КЛОАКОГЕННЫЕ ПОЛИПЫ.....	11
10.4 АДЕНОМЫ АНАЛЬНОГО КАНАЛА.....	11
10.5 ФИБРОЗНЫЙ ПОЛИП.....	11
<b>Литература</b> .....	11

## **1. СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.**

**АК – анальный канал**

**АП – анальный полип**

**ПАК – полип анального канала**

**ЖКТ – желудочно-кишечный тракт**

**СР — степень рекомендаций**

**УД — уровень доказательности**

## 2. ВВЕДЕНИЕ

Данные рекомендации посвящены диагностике и лечению доброкачественных новообразований анального канала.

Настоящие рекомендации по диагностике и лечению больных с анальными полипами являются руководством для практических врачей, осуществляющих ведение и лечение таких пациентов. Рекомендации подлежат регулярному пересмотру в соответствии с новыми данными научных исследований в этой области. Данные рекомендации составлены на основании данных литературы.

Рекомендации включают в себя следующие разделы: определение и классификация анальных полипов, диагностика, лечение и прогноз.

Для отдельных положений рекомендаций приведены уровни доказательности согласно общепринятой классификации Оксфордского Центра доказательной медицины (Таблица 1).

**Таблица 1.** Уровни доказательности и степени рекомендаций на основании руководства Оксфордского центра доказательной медицины

Уровень	Диагностическое исследование	Терапевтическое исследование
1a	Систематический обзор гомогенных диагностических исследований 1 уровня	Систематический обзор гомогенных РКИ
1b	Валидизирующее когортное исследование с качественным «золотым» стандартом	Отдельное РКИ (с узким ДИ)
1c	Специфичность или чувствительность столь высоки, что положительный или отрицательный результата позволяет исключить/установить диагноз	Исследование «Все или ничего»
2a	Систематический обзор гомогенных диагностических исследований >2 уровня	Систематический обзор (гомогенных) когортных исследований
2b	Разведочное когортное исследование с качественным «золотым» стандартом	Отдельное когортное исследование (включая РКИ низкого качества; т.е. с <80% пациентов, прошедших контрольное наблюдение)
2c	нет	Исследование «исходов»; экологические исследования
3a	Систематический обзор гомогенных исследований уровня 3b и выше	Систематический обзор гомогенных исследований «случай-контроль»
3b	Исследование с непоследовательным набором или без проведения исследования «золотого» стандарта у всех испытуемых	Отдельное исследование «случай-контроль»
4	Исследование случай-контроль или исследование с некачественным или зависимым «золотым» стандартом	Серия случаев (и когортные исследования или исследования «случай-контроль» низкого качества)
5	Мнение экспертов без тщательной критической оценки или основанное на физиологии, лабораторные исследования на животных или разработка «первых принципов»	Мнение экспертов без тщательной критической оценки, лабораторные исследования на животных или разработка «первых принципов»

### Степени рекомендаций

**A** Соглашающиеся между собой исследования 1 уровня

**B** Соглашающиеся между собой исследования 2 или 3 уровня или экстраполяция на основе исследований 1 уровня

**C** Исследования 4 уровня или экстраполяция на основе уровня 2 или 3

**D** Доказательства 4 уровня или затруднительные для обобщения или некачественные исследования любого уровня

## 2.1. ВАЛИДИЗАЦИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания. Получены комментарии со стороны врачей амбулаторного звена. Полученные комментарии тщательно систематизировались и обсуждались на совещаниях экспертной группы.

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для дискуссии на заседании Профильной комиссии «Колопроктология» Экспертного Совета Минздрава России 12 сентября 2013 г. Проект рекомендаций был повторно рецензирован независимыми экспертами и врачами амбулаторного звена. Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами экспертной группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

2.2. Данные клинические рекомендации применимы при осуществлении медицинской деятельности в рамках «Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля».

## 3. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ АНАЛЬНЫХ ПОЛИПОВ.

### 3.1. Определение

Термин «анальный канал, предложенный J. Symington [17] в 1888 году был распространен лишь среди клиницистов, пока в 1955 году не был официально признан и рекомендован к применению Международной анатомической номенклатурой в Париже [5]. Однако, до настоящего времени отсутствует единое понимание границ анального канала, в результате чего появились термины: хирургический анальный канал, анатомический, гистологический и.д.

В ГНЦ колопроктологии придерживаются следующего определения: «Анальный канал – это терминальная часть пищеварительного тракта, начинающаяся от места аноректального соединения у верхней границы тазового дна и заканчивающаяся наружным отверстием – анусом, границей которого является место перехода непигментированной анодермы в пигментированную (истинную) кожу» [4].

Анальные полипы или полипы анального канала (anal polyp, anal papilla) – описательный, клинический термин, обозначающий любое внутрипросветное образование в границах анального канала.

### 3.2 Код по МКБ-10 [3].

Класс - Болезни органов пищеварительной системы.

Блок - Другие болезни кишечника (K55-K63).

Другие болезни заднего прохода и прямой кишки (K62)

Код – K62.0. Название – Полип анального канала.

### 3.3. Классификация

Существуют разные классификации полипов (УД 1а СР А [1]), основанные на их различных характеристиках:

- характер роста (доброкачественный, злокачественный);
- особенности прикрепления к слизистой анального канала (полип на ножке, плоский);
- морфологические данные (аденома, гиперпластический полип и т.д.);
- гистологическое строение (тубулярный, ворсинчатый и т.д.).

По классификации З. Маржатка [1996] все полипы делятся на «истинные» и неопухоловой природы. К «истинным» полипам автор относит эпителиальные (аденома, карциноид) и неэпителиальные (лейомиома, липома, гемангиома и др.). К полипам второго типа относятся гиперпластические, гамартома, воспалительные полипы и гиперплазия анальных сосочков.

Однако, на наш взгляд, главное значение, определяющее тактику лечения и последующего наблюдения пациента, имеют морфогистологические данные.

Учитывая, что абсолютное большинство доброкачественных новообразований анального канала – случайные находки, вполне понятно отсутствие рандомизированных исследований, в

связи с чем при анализе литературы сложно определить уровни доказательности согласно общепринятой классификации Оксфордского Центра доказательной медицины.

#### 3.4. Гиперпластические полипы.

Гиперпластические полипы встречаются наиболее часто и является результатом хронических воспалительных процессов анального канала и не представляет собой истинной опухоли. Чаще всего имеют строение «на ножке», в связи с чем могут выпадать из анального канала при дефекации, что обычно и является причиной обращения пациента к колопроктологу. В отличие от истинных аденом, как правило, имеют гладкую поверхность и выявляются при достижении размеров до нескольких сантиметров.

#### 3.5. Гипертрофированный анальный сосочек.

В нижней части ампулярного отдела прямой кишки располагаются Морганиевы столбики и крипты, окаймленные полулунными клапанами. На этих клапанах нередко можно наблюдать возвышения – анальные сосочки. Иногда они могут гипертрофироваться и нередко достигают 3-4 см в диаметре. Описывается много причин гипертрофии анальных сосочков, однако большинство авторов указывают на наличие хронического воспалительного процесса в анальном канале. Часто гипертрофированные анальные сосочки принимают за анальные полипы.

#### 3.6. Клоакогенные полипы.

В последнее время в литературе все чаще появляется термин «клоакогенный полип», «клоакогенный рак». Данным термином авторы обозначают новообразования, располагающиеся в переходной зоне, месте перехода железистого эпителия в плоскоклеточный. Наиболее частой жалобой данных пациентов является наличие ректальных кровотечений. Так же отмечено сочетание данных новообразований с солитарной язвой прямой кишки (УД 1a CP A [8,10,11,12,13,15,16]).

#### 3.7. Аденомы анального канала.

Аденома - доброкачественная опухоль железистого эпителия, имеющая различную степень клеточной дисплазии. Длительное время среди клиницистов существовало мнение, что истинные аденомы не могут располагаться в анальном канале, учитывая плоскоклеточное строение его слизистой оболочки. Однако в последующем было выявлено, что 10-15% злокачественных опухолей анального канала составляют аденокарциномы. Таким образом была доказана возможность роста в анальном канале истинных аденом (УД 2a CP в [4]).

Они могут иметь грибовидную форму (на ножке) или быть на широком основании. Аденоматозные полипы могут быть как одиночными, так и множественными и иметь размеры от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Поверхность может быть как гладкой, так и бугристой. Данный тип полипов часто протекают бессимптомно и выявляются случайно при пальцевом исследовании или при выпадении наружу полипа на ножке при дефекации. Также иногда пациенты предъявляют жалобы на выделение слизи (при наличии ворсинчатой аденомы).

#### 3.8. Фиброзный полип (синоним: фиброэпителиальный полип).

Одно из самых частых поражений переходной зоны. Макроскопически узел имеет сферическую или вытянутую форму и диаметр от нескольких миллиметров до 4 см. Его поверхность белого или серого цвета, часто бывает изъязвлена. При гистологическом исследовании строма коллагенизирована и выстлана многослойным плоским эпителием. В ней видны фибробласты с двумя и более ядрами, а также большое количество тучных клеток, иногда гранулемы [18].

3.9. Разное. В литературе также описаны единичные случаи, когда в новообразованиях анального канала и прямой кишки были выявлены яйца шистосомы (УД 1a CP A [6,9,14]).

Raso P. и соав (2013) описан случай удаления полипа анального канала, где при исследовании были выявлены яйца *Schistosoma mansoni*, в связи с чем пациенту с клиническим эффектом был проведен курс лечения празиквантелом.

#### 4. ДИАГНОСТИКА.

Диагностика анальных полипов основана на оценке жалоб, длительности заболевания, результатов пальцевого исследования и инструментальных методов обследования (УД 2b, СР В [8, 9]).

К основным клиническим симптомам ПАК относят выпадение их из заднего прохода при дефекации, примесь крови к стулу, дискомфорт, зуд, жжение и даже болезненность в области ануса. К более редким симптомам относятся влажность перианальной области, выделения слизи из прямой кишки. Болевые ощущения при ПАК, как правило, не выражены, встречаются не часто и связаны с их травматизацией при выпадении.

##### Сбор анамнеза.

Выявляются этиологические факторы возникновения заболевания: желудочно-кишечные расстройства, погрешности в диете, злоупотребление алкоголем, кишечные инфекции, воспалительные заболевания дистальных отделов толстой кишки, наличие родственников, страдавших доброкачественными и злокачественными новообразованиями ЖКТ (УД 1с СР В [20]).

##### Осмотр врачом-колопроктологом.

Пациента осматривают на гинекологическом кресле, в положении на спине с максимально приведенными к животу ногами, или в коленно-локтевом положении.

При наружном осмотре области промежности и заднего прохода обращают внимание на форму ануса, его зияния, наличия рубцовых изменений и деформации, состояние кожных покровов.

##### Пальцевое исследование прямой кишки.

Определяется тоническое состояние анального сфинктера и сила волевых сокращений, болезненность при исследовании, наличие дефектов слизистой анального канала, объемных образований анального канала и прямой кишки (УД 5, СР Д [21, 24]).

##### Аноскопия.

Осматривается анальный канал и дистальная часть прямой кишки. Оценивается расположение, размеры и внешний вид анальных полипов, состояние слизистой оболочки и зубчатой линии с анальными криптами, а так же слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки.

##### Ректороманоскопия

Диагностика сопутствующих воспалительных заболеваний прямой и сигмовидной кишки (проктит, проктосигмоидит, внутреннее выпадение, болезнь Крона, язвенный колит).

##### Колоноскопия.

Диагностика сопутствующих изменений толстой кишки, исключение воспалительных изменений характерных для язвенного колита и болезни Крона (УД 1с, СР А [22, 23]).

#### 5. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.

Дифференциальный диагноз ПАК проводится с другими заболеваниями толстой кишки и анального канала (Таблица 2) (УД 5, СР Д [25,26]).

**Таблица 2.** Дифференциальная диагностика ПАК

<b>Жалобы</b>	<b>Возможные заболевания</b>
Выпадение ПАК	Выпадение слизистой оболочки прямой кишки
	Выпадение прямой кишки
	Выпадение геморроидальных узлов
Выделение крови из заднего прохода	Анальная трещина
	Злокачественная опухоль прямой кишки и анального канала
	Выпадение слизистой оболочки прямой кишки
	Выпадение прямой кишки
	Язвенные колит



	Болезнь Крона
	Гемангиома
	Эндометриоз
	Травма прямой кишки
	Солидарная язва прямой кишки
Болевой синдром в анальном канале	Трещина анального канала
	Острый и хронический парапроктит
	Опухоли анального канала
	Осложненные каудальные тератомы
	Болезнь Крона с перианальным поражением
	Идиопатический анокопчиковый болевой синдром
	Эндометриоз
	Прокталгия
Слизистые выделения из анального канала	Выпадение прямой кишки
	Солидарная язва прямой кишки
	Остроконечные кондиломы
	Анальная трещина
	Злокачественная опухоль анального канала и прямой кишки
	Ворсинчатая опухоль прямой кишки
	Синдром раздраженной толстой кишки
	Воспалительные заболевания толстой кишки (болезнь Крона, язвенный колит)

## 6. ЛЕЧЕНИЕ.

### 6.1. Гиперпластические полипы.

При наличии полипов на ножке или размерами более 5 мм рекомендовано их удаление с обязательным гистологическим исследованием удаленного препарата с целью исключения наличия истинной аденомы.

Пациента укладывают на столе в положение как для промежностной литотомии: на спине с уложенными на специальные подставки ногами, согнутыми в коленных и тазобедренных суставах. После анестезии производится обработка анального канала. Специальной дивульсии анальных сфинктеров не производится. В анальный канал вводится ректальное зеркало. Верхушка полипа захватывается клеммой Алиса и слегка подтягивается наружу. Полип иссекается скальпелем или электроножом в пределах здоровых тканей. Производится ревизия анального канала с целью гемостаза. В прямую кишку вводится гемостатическая губка и газоотводная трубка до утра следующего дня. Удаленный препарат направляется на гистологическое исследование.

На следующий день в условиях перевязочной удаляется газоотводная трубка. Пациент выписывается из стационара после первого самостоятельного стула.

### 6.2. Гипертрофированный анальный сосочек.

Наличие не увеличенных анальных сосочков считается нормой. В то же время при их гипертрофии и, как следствие, выпадении из анального канала, что причиняет определенные неудобства пациенту – показано их удаление. В отличие от других новообразований анального канала в данной ситуации так же обязательно иссечение воспаленной крипты и полулунной заслонки. Техника операции аналогична удалению гиперпластических полипов.

### 6.3. Клоакогенные полипы.

При клоакогенных полипах рекомендовано их удаление в пределах здоровых тканей с обязательным гистологическим исследованием.

Техника операции аналогична удалению гиперпластических полипов.

### 6.4. Аденомы анального канала.

Данные новообразования подлежат обязательному удалению через аноскоп или трансанальному иссечению с гистологическим исследованием удаленного препарата. Техника операции аналогична удалению гиперпластических полипов.

### 6.5. Фиброзный полип

После удаления требуется обязательное гистологическое исследование, так как необходимо дифференцировать фиброзные полипы от клоакогенных, учитывая их расположение также в переходной зоне. Техника операции аналогична удалению гиперпластических полипов.

## 7. ЧЕГО НЕЛЬЗЯ ДЕЛАТЬ.

- Не следует выполнять удаление полипов без обследования толстой кишки.
- Не следует выполнять удаление крупных полипов анального канала (более 3 см) без предварительной его биопсии с целью гистологического исследования (УД 1с СР В [19]).
- Не следует выполнять удаление полипов анального канала на широком основании без предварительного ультразвукового обследования при помощи ректального датчика.
- Не следует удалять гипертрофированные анальные сосочки размерами менее 5 мм при отсутствии клинических проявлений.

## 8. ДАЛЬНЕЙШЕЕ ЛЕЧЕНИЕ.

- В послеоперационном периоде до момента полного заживления раны в анальном канале, необходимы ежедневная санация анального канала с использованием мазевых основ с противовоспалительным и ранозаживляющим действием (Левомеколь, Метилурацил).
- В период заживления раны рекомендуется соблюдение диеты, богатой растительной клетчаткой, а также исключение пищи, раздражающего характера (прием алкоголя, острой пищи).
- После выписки пациента необходимы еженедельные контрольные осмотры до полного заживления раны анального канала.

## 9. ПРОФИЛАКТИКА

При всех перечисленных новообразованиях анального канала, а именно: гиперпластических, клоакогенных, фиброзных полипах и гипертрофированных анальных сосочков - необходима профилактика и лечение воспалительных заболеваний толстой кишки (проктосигмоидит) и анального канала (криптит).

При наличии у пациентов истинных аденом анального канала:

- Всем лицам, достигшим 50 лет необходимо проведение эндоскопического обследования толстой кишки не реже 1 раза в 3 года.
- Наиболее пристальное внимание следует уделять пациентам, имеющим отягощенный семейный анамнез (наличие полипов у близких родственников, опухолей ЖКТ).
- Эндоскопический контроль состояния толстой кишки в первый год после эндоскопического вмешательства необходимо проводить не реже 2 раз.
- При отсутствии патологических образований в толстой кишке в течение 5 лет после удаления полипов диспансерное наблюдение данной категории пациентов проводится 1 раз в 3 года (УД 1с СР В [19]).

## 10. ПРОГНОЗ.

### 10.1. Гиперпластические полипы.

Учитывая «ложный» характер полипа прогноз, как правило, благоприятный. Но обязательный ежегодный осмотр рекомендован.

#### 10.2. Гипертрофированный анальный сосочек.

Прогноз благоприятный. Но учитывая, что развитие гипертрофии анальных сосочков, как правило, является следствием воспалительного процесса в анальном канале, необходимо установить причину воспаления.

#### 10.3. Клоакогенные полипы.

Учитывая возможную взаимосвязь между клоакогенными полипами и развитием клоакогенного рака, при гистологически подтвержденном диагнозе рекомендовано регулярное динамическое наблюдение (не реже 1 раза в год).

#### 10.4. Аденомы анального канала.

Из-за возможности повторного роста полипов, при наличии гистологически подтвержденной тубулярной, тубулярно-ворсинчатой или ворсинчатой аденомы пациентам рекомендовано постоянное диспансерное наблюдение колопроктолога: в первый год – каждые 3 месяца, во второй – каждые 6 месяцев, и далее – ежегодно. Так же рекомендуется ежегодное проведение колоноскопии.

#### 10.5. Фиброзный полип.

Прогноз благоприятный. Постоянного динамического наблюдения данные пациенты не требуют.

### Список литературы

1. Андреас М. Кайзер. Колоректальная хирургия. Пер. с англ. под ред. Ю.А.Шельгина, Урядова С.Е. М.: Издательство Панфилова, 2011. – 751 с.
2. Маржатка З. Эндоскопия пищеварительного тракта. М., 1996.
3. МКБ -10 (Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем). 1999.
4. Шельгин Ю. А., Нечушкин М. И., Рыбаков Е. Г. Опухоли анального канала и перианальной кожи. М.: Практическая Медицина, 2011.
5. Nomina anatomica. Международная анатомическая номенклатура, под ред. Д. А. Жданова, 3 изд., М., 1970.
6. Abe Y, Inamori M, Fujita K et al. Gastrointestinal rectal polyp associated with schistosomiasis. *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21 (7): 1216.
7. Ali M, Akhtar R, Mirza TI. Chronic anal fissure; comparison of lateral anal sphincterotomy (closed method) versus anal dilatation. *Professional Med J Apr-Jun* 2011;18(2): 215-221.
8. Ewertsen C, Svendsen CB, Svendsen LB, Mogensen AM. Inflammatory cloacogenic polyp. *Ugeskr Laeger*. 2008 Aug 25;170(35):2708
9. Gholam P, Autschbach F, Hartschuh W. Schistosomiasis in an HIV-positive patient presenting as an anal fissure and giant anal polyp. *Arch Dermatol*. 2008 Jul;144(7):950-952.
10. Hanson IM, Armstrong GR. Anal intraepithelial neoplasia in an inflammatory cloacogenic polyp. *J Clin Pathol*. 1999 May;52(5):393-394.
11. Levey JM, Banner B, Darrah J, Bonkovsky HL. Inflammatory cloacogenic polyp: three cases and literature review. *Am J Gastroenterol*. 1994 Mar;89(3):438-441.
12. Lobert PF, Appelman HD. Inflammatory cloacogenic polyp. A unique inflammatory lesion of the anal transitional zone. *Am J Surg Pathol*. 1981 Dec;5(8):761-766.
13. Mathialagan R, Turner MJ, Gorard DA. Inflammatory cloacogenic polyp mimicking anorectal malignancy. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2000 Feb;12(2):247-250.
14. Raso P, Sander EM, Raso LA, Andrade Filho Jde S. Anal polyp caused by *Schistosoma mansoni*. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2013;46(2):252-254.
15. Saul SH. Inflammatory cloacogenic polyp: relationship to solitary rectal ulcer syndrome/mucosal prolapse and other bowel disorders. *Hum Pathol*. 1987 Nov;18(11):1120-1125.
16. Shih CM, Tseng HH, Tu UC. Inflammatory cloacogenic polyp of anus: report of three cases. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)*. 1990 Jan;45(1):69-74.
17. Symington J. The Rectum and Anus. *J Anat Physiol*. 1888 October; 23(Pt 1): 106–115.
18. Abdullgaffar B, Abdulrahim M, Ghazi E. Benign fibrous polyp presenting in anal canal. *Ann Diagn Pathol*. 2012 Sep 18. pii: S1092-9134(12)00106-2.
19. Ванин А.И. Результаты активного выявления, хирургического лечения и динамического наблюдения пациентов с колоректальными полипами. Дис. ...канд. мед. наук. М. 2003.

20. Gupta PJ. Hypertrophied anal papillae and fibrous anal polyps, should they be removed during analfissure surgery? *World J Gastroenterol.* 2004 Aug 15;10(16):2412-2414.
21. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник колопроктолога. М.:Литтера, 2012.
22. Church JM. Analysis of the colonoscopic findings in patients with rectal bleeding according to the pattern of their presenting symptoms. *Dis Colon Rectum* 1991;34:391–395.
23. Rex DK, Bond JH, Winawer S, et al. Quality in the technical performance of colonoscopy and the continuous quality improvement process for colonoscopy: recommendations of the U.S. Multi-Society Task Force on colorectal cancer. *Am J Gastroenterol* 2002;97:1296–1308.
24. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. М.: МИА, 2006. С.79-82, 94.
25. Laurence R. Sands, Dana R. Sands. *Ambulatory Colorectal Surgery.* Informa 2009; 79-85.
26. Marvin L. Corman, M.D. *Colon and Rectal Surgery.* Lippincott 2005; 1743: 177-255.