

- plasma cell infiltration. *Gastrointest. Endosc.* 2004. Vol. 59, No 4. P. 506–511.
55. Skoruk U., Kenig J., Mastalerz K. IgG4-related disease manifesting as an isolated gastric lesion — a literature review. *Pol. Przegl. Chir.* 2018. Vol. 90, No 4. P. 41–45.
56. Watanabe A., Goto T., Kamo H., Komine R., Kuroki N., Sugase T., Takaya T., Koga R., Hojo H., Taniguchi S., Ibusuki K., Koga K. Resection of lesions in the ileum of patients with IgG4-related disease may ameliorate disease progression without steroid administration. *Surg. Case Rep.* 2018. Vol. 4, No 1. P. 148.
57. Weidlich S., Nennstiel S., Jesinghaus M., Brockow K., Slotta-Huspenina J., Bajbouj M., Schmid R. M., Schlag C. IgG4 is elevated in eosinophilic esophagitis but not in gastroesophageal reflux disease patients. *J. Clin. Gastroenterol.* 2020. Vol. 54, No 1. P. 43–49.
58. Wong D. D., Pillai S. R., Kumarasinghe M. P., McGettigan B., Thin L. W., Segarajasingam D. S., Hollingsworth P. N., Spagnolo D. V. IgG4-related sclerosing disease of the small bowel presenting as necrotizing mesenteric arteritis and a solitary jejunal ulcer. *Am. J. Surg. Pathol.* 2012. Vol. 36, No 6. P. 929–934.
59. Woo C. G., Yook J. H., Kim A. Y., Kim J. IgG4-related disease presented as a mural mass in the stomach. *J. Pathol. Transl. Med.* 2016. Vol. 50. P. 67–70.
60. Wright B. L., Kulis M., Guo R., Orgel K. A., Wolf W. A., Burks A. W., Vickery B. P., Dellon E. S. Food-specific IgG4 is associated with eosinophilic esophagitis. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2016. Vol. 138, No 4. P. 1190–1192. e3.
61. Yang L., Jin P., Sheng J. Q. Immunoglobulin G4-related disease (IgG4-RD) affecting the esophagus, stomach, and liver. *Endoscopy.* 2015. Vol. 47. P. E96–97.
62. Yorita K., Iwamura S. Can colonic inflammatory polyp with numerous immunoglobulin G4-positive plasma cells represent a colonic manifestation of immunoglobulin G4-related disease? A case report. *Clin. J. Gastroenterol.* 2019. Vol. 12, No 5. P. 398–402.
63. Zhang P. P., Zhao J. Z., Wang M., Feng R. E., Liu X. W., Lai X. M., Li X. J., Zeng J. G., Shi H. J., Zhu H. D., Xue W., Zhang H., Chen Y. Y., Fei L. Y., Peng X. F., Zeng F. C., Zhang Y. M., Zhang W. The clinical characteristics of 346 patients with IgG4-related disease. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi.* 2017. Vol. 56, No 9. P. 644–649.

УДК 616.37-002-008.6:616.3-036.22-056.7-071

doi: 10.33149/vkrp.2023.02.05

RU Частота, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика патологии пищеварительного тракта (пищевода, желудка, кишечника) при IgG4-ассоциированной болезни (аутоиммунном панкреатите)

Н. Б. Губергриц

Многопрофильная клиника «Инто Сана», Одесса, Украина

Ключевые слова: IgG4-ассоциированное заболевание, поражение пищевода, желудка, тонкой и толстой кишки при IgG4-ассоциированном заболевании, клинические наблюдения, диагностика и дифференциальная диагностика, бостонские критерии

Несмотря на публикацию европейских рекомендаций по диагностике и лечению IgG4-ассоциированного заболевания (IgG4-A3), на практике эта проблема представляет большие сложности. В мировой литературе много публикаций об аутоиммунном панкреатите, поражении печени и желчных путей при IgG4-A3, а данных о поражении пищеварительного тракта недостаточно. Желудочно-кишечные проявления IgG4-A3 являются редкими или очень редкими.

IgG4-A3, проявляющееся поражением пищевода, также диагностируется редко. Опубликовано описание только единичных клинических случаев. I. Obiorah et al. сообщили о наибольшем количестве случаев эзофагита, ассоциированного с IgG4 (8 случаев). Интересно, что 7 из 8 случаев, о которых сообщили эти авторы, были у мужчин (возрастной диапазон от 18 до 79 лет), и у большинства пациентов наиболее выраженными проявлениями были дисфагия с эрозиями и стриктурами при эндоскопии. Гистологически у всех больных

определялся лимфоплазмозитарный инфильтрат и сториформный фиброз, а облитерирующий флебит наблюдался у 3 из 8 больных. Следовательно, у всех пациентов определялись 2 из 3 основных гистологических бостонских критериев IgG4-A3. Кроме того, у всех пациентов было не менее 50 IgG4-позитивных клеток при HPF (диапазон: 50–110) и соотношение IgG4/IgG не менее 50% (диапазон: 50–90%). Из пациентов I. Obiorah et al. s-IgG4 был измерен только у трех, у всех значения были в пределах нормы. Стриктуры пищевода были выявлены у трех пациентов, у двух пациентов была ахалазия.

Основываясь на серии K. Notohara et al. и других опубликованных случаях, можно сделать вывод, что поражения желудка при IgG4-A3 часто протекают клинически бессимптомно, уровень s-IgG4 повышен в значительном числе случаев, а гистологически часто выявляются по крайней мере два из бостонских критериев. Рекомендуемое пороговое значение в 50 IgG4-позитивных клеток при HPF и соотношение IgG4/IgG >40% часто имело место в зарегистрированных случаях патологии желудка, ассоциированных с IgG4.

Имеется несколько сообщений о IgG4-ассоциированном поражении двенадцатиперстной кишки, сосочка двенадцатиперстной кишки, подвздошной кишки с обструкцией тонкой кишки, вызванной псевдоопухолью или склерозированием тонкой кишки с сужением просвета.

Имеются сообщения о случаях IgG4-A3 с поражением илеоцекальной области (и вызывающим непроходимость образованием) и поражением аппендикса, имитирующим болезнь Крона, аппендицит или опухоль аппендикса. Связанное с IgG4 воспалительное заболевание кишечника может (редко) также быть единственным проявлением IgG4-A3.

Лечение — в соответствии с европейскими рекомендациями.

EN **Frequency, clinical picture, diagnosis, and differential diagnosis of the pathology of the digestive tract (esophagus, stomach, and bowel) in IgG4-related disease (autoimmune pancreatitis)**

N. B. Gubergrits

“Into-Sana” Multifield Clinic, Odessa, Ukraine

Key words: IgG4-related disease, esophageal, gastric, small and large intestinal lesions in IgG4-related disease, case reports, diagnosis and differential diagnosis, Boston criteria

Despite the publication of European guidelines for the diagnosis and treatment of IgG4-related disease (IgG4-RD), this problem is very complicated from a practical point of view. There are many publications about autoimmune pancreatitis and liver and biliary tract lesions in IgG4-RD, but the data on the digestive tract lesions are not sufficient. Gastrointestinal manifestations of IgG4-RD are considered to be rare or very rare.

IgG4-RD presenting as esophageal lesions is rare condition. Only single clinical cases are available. I. Obiorah et al. reported the highest number of cases of IgG4-related esophagitis (8 cases). Interestingly, 7/8 cases reported by I. Obiorah et al. were males (age range: 18 to 79 years), and most patients had dysphagia as the most prominent symptom, with erosions and strictures at endoscopy. His-

tologically, all patients had a lymphoplasmacytic infiltrate and storiform fibrosis, while obliterative phlebitis was observed in 3/8 patients. Hence, 2 of the 3 major histological “Boston criteria” of IgG4-RD were fulfilled in all patients. Besides, all patients had at least 50 IgG4-positive cells per HPF (range: 50–110), and IgG4/IgG ratios of at least 50% (range: 50–90%). Of I. Obiorah’s patients, s-IgG4 had only been measured in three — all of whom had values in the normal range. Esophageal strictures were identified in three patients, two patients had achalasia.

Based on K. Notohara’s series and the other published cases, it can be concluded that gastric IgG4-RD often (but not always) seems to be clinically asymptomatic, that s-IgG4 is elevated in a considerable number of cases, and histologically, that at least two of the Boston criteria often are found. The recommended cut-off of 50 IgG4-positive cells and IgG4/IgG ratios of >40% was often fulfilled in the reported cases of IgG4-RD.

There are few reports of IgG4-RD involving the duodenum, duodenal papilla, ileum with small bowel obstruction caused by pseudotumor or sclerosing disease of the small bowel with luminal narrowing.

There are case reports of IgG4-RD with lesion of ileocecal area with an obstructing ileocecal mass and appendix, mimicking Crohn’s disease, appendicitis or appendiceal tumor. IgG4-related inflammatory bowel disease may — rarely — also be one of manifestations of IgG4-RD.

Treatment should be conducted in accordance with European guidelines.