

*И.В. Сахаров¹, С.Л. Анищенко¹, Ю.И. Рогов², Н.В. Корнев¹,
А.А. Сыантович¹, В.А. Ермоченко¹, И.А. Севковский³*

ТКАНЕВАЯ ДИСПЛАЗИЯ КАК ПРИЧИНА ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*¹УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро»,
²УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
³ГУ «Республиканский научно-практический центр детской хирургии»,
г.Минск, Беларусь*

В работе представлено описание случая острой кишечной непроходимости, обусловленного тканевой дисплазией в стенке тонкой кишки.

***Ключевые слова:** тканевая дисплазия, тонкая кишка, гетеротопия, инвагинация.*

*I.V. Sakharau¹, S.L. Anischenko¹, Y.I. Rogov², N.V. Kornev¹,
A.A. Syantovich¹, V.A. Ermochenko¹, I.A. Sevkovskiy³*

TISSUE DYSPLASIA AS A CAUSE OF ACUTE SMALL INTESTINAL OBSTRUCTION

The paper presents a description of a case of acute intestinal obstruction caused by tissue dysplasia in the wall of the small intestine.

***Key words:** tissue dysplasia, small intestine, heterotopia, intussusception.*

Актуальность. Тканевые дисплазии или тканевые пороки развития – это этиологически и морфологически гетерогенные внутриутробные нарушения роста и развития клеток с формированием аномальных гистологических и/или органных структур. К ним относятся дистопии (эктопии и гетеротопии), диссинхронии, гамартомы и тератомы [1]. Судьба тканевых дисплазий в постнатальном развитии неоднозначна. В некоторых случаях они клинически ничем не проявляются и являются случайной секционной или биопсийной находкой, в других – приводят к нарушению функции органа, хронизации воспалительных процессов, развитию опухолей, острой хирургической патологии и др. [1, 2, 3, 4, 5].

Цель работы – представить редкое наблюдение тканевой дисплазии в стенке тонкой кишки, ставшей причиной острой кишечной непроходимости у ребенка, и дать ее морфологическую характеристику.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужил участок тонкой кишки, направленный на патогистологическое исследование после оперативного лечения пациентки по поводу тонко-толстокишечной инвагинации.

По клиническим данным: ребенок Д., женского пола, в возрасте 1 года 6 месяцев, поступил в ГУ «РНПЦ детской хирургии» с явлениями

периодических болей в животе, трёхкратной рвотой. При лабораторном исследовании: лейкоцитоз до $10,9 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы до 76%, гемоглобин 138 г/л, гематокрит 39,9%. Биохимический анализ крови и общий анализ мочи без особенностей.

Ультразвуковое исследование выявило в мезогастррии, в проекции пупочной области, тонко-толстокишечный инвагинат длиной 67 мм, 27 мм в диаметре, с наличием в структуре лимфоузлов размерами до 6 мм. Под контролем УЗИ проведены 3 попытки гидростатической дезинвагинации, не давших положительного результата.

Выполнена диагностическая лапароскопия, а затем полостная операция резекции участка подвздошной кишки, наложения илео-илеоанатомоза «конец в конец», аппендэктомии. При осмотре резецированной кишки в её просвете обнаружен полип. Материал направлен на морфологическое исследование в патологоанатомическое отделение детской патологии УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро», где был подвергнут стандартной гистологической обработке и залит в парафиновые блоки. Приготовленные из них серийные микротомные срезы толщиной 5 мкм были окрашены гематоксилином и эозином, а также иммуногистохимическими маркерами CDX2, ER, CK7, CK20, Desmin, GATA3, TTF1, PAX8.

Результаты. Макроскопически операционный материал был представлен фрагментом кишки длиной 5,5 см, диаметром 1,2-1,4 см. Серозная оболочка синюшно-серого цвета, блестящая. Слизистая оболочка желто-коричневая, складчатого вида, в средней части кишки покрывала выступающее в просвет образование шаровидной формы, темно-коричневого цвета, диаметром 1,0 см. При микроскопическом исследовании фрагменты полипа были представлены стенкой тонкой кишки. На уровне слизистой оболочки и подслизистой основы определялись группы протоковых и ацинарных структур округлой и неправильной формы, выстланных призматическим, кубическим, либо уплощенным эпителием, характерным для желчных и панкреатических выводящих путей [5]. Отдельные ацинусы были представлены муцинозным эпителием. Ядра округлой и овальной формы располагались в клетках базально. Митотическая активность отсутствовала. Часть протоков была кистозно расширена. Местами они были связаны с просветом кишки. В соединительной ткани вокруг протоков отмечалась слабовыраженная очаговая лимфоплазмочитарная инфильтрация. Железистые структуры были концентрически окружены гладкомышечными волокнами, что на отдельных участках по строению напоминало аденомиому (рисунки 1-2).

Со стороны прилежащей слизистой оболочки отмечались сглаженность рельефа и изменения, характерные для острого ишемического повреждения.

Иммуногистохимическое исследование показало отсутствие экспрессии Er, GATA3, TTF1, PAX8 в эпителии протоков, что позволило исключить гетеротопию ткани молочной железы, легкого и производных

мюллеровского эпителия. Вместе с тем, отмечалась положительная реакция с СК7 (рисунок 3) и CDX2. Протоковые структуры имели выраженную диффузную, а ацинарные – гетерогенную умеренную экспрессию СК7 (рисунок 3).

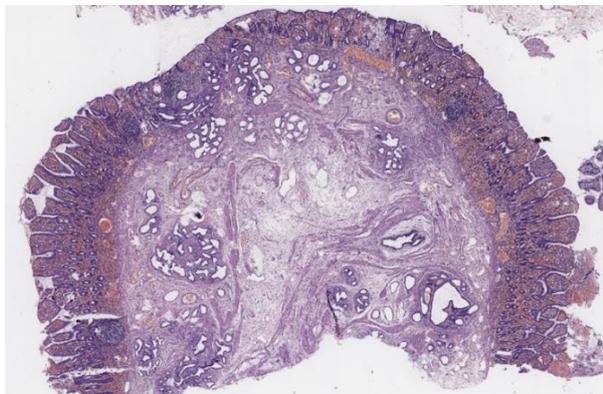


Рис.1. Гистологический срез полипа тонкой кишки. Поверхность покрыта слизистой оболочкой. В центре видны группы протоковых структур, окруженных гладкомышечными волокнами. Окраска: гематоксилин и эозин. Увеличение x20.

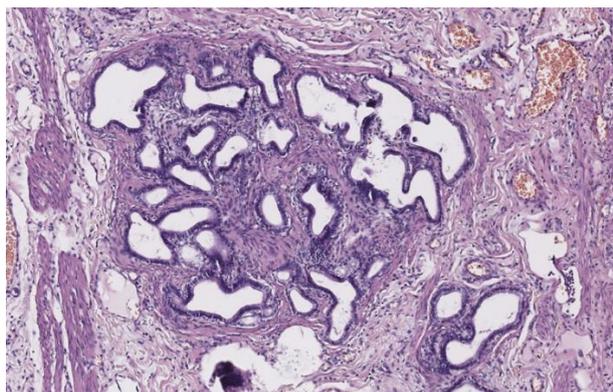


Рис.2. Протоковые структуры неправильной формы, окруженные гладкомышечными волокнами («аденомиома») Окраска: гематоксилин и эозин. Увеличение x100.

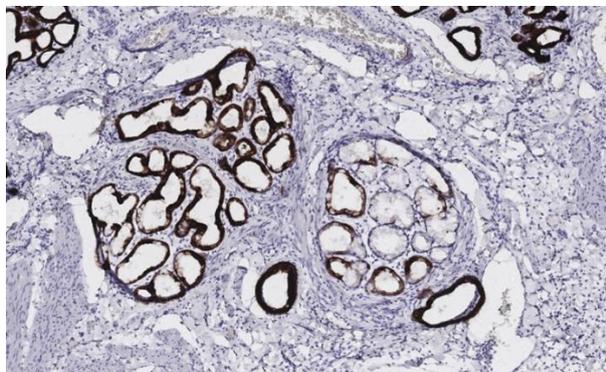


Рис.3. Неравномерная экспрессия СК7 в железистых структурах. Увеличение x100.

Веретеновидные клетки, окружающие протоки, были гладкомышечной природы, что подтверждалось их позитивной реакцией с Desmin (рисунок 4).

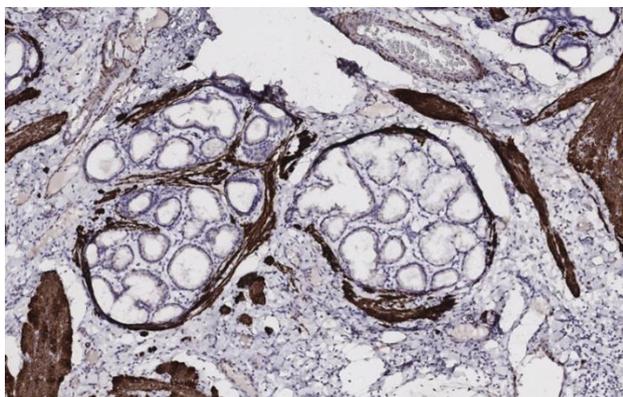


Рис. 4. Положительная экспрессия Desmin в гладкомышечных клетках вокруг железистых структур. Увеличение x100.

Заключение. Диагностика тканевых дисплазий в стенке тонкой кишки является зачастую сложной проблемой в абдоминальной хирургии. Они встречаются у пациентов в широком возрастном диапазоне и обнаруживаются в большинстве случаев при появлении клинической симптоматики и развитии осложнений [2, 3, 4, 5]. При этом подвздошная кишка стоит на третьем месте среди всех локализаций врожденных нарушений развития данного отдела пищеварительной трубки.

В представленном для обсуждения случае совокупность гистологических, цитологических, иммунофенотипических особенностей, нюансы тканевой компоновки структур были более характерны для желчных протоков и протоков поджелудочной железы, что позволило отнести данную тканевую дисплазию к гетеротопии (эктопии). Ацинарный компонент образования больше свидетельствовал в пользу панкреатического гистогенеза.

Дифференциальная диагностика таких образований должна проводиться с опухолями – эпителиальными (полипы иного генеза, аденомы, аденокарциномы), мезенхимальными (гастроинтестинальные стромальные опухоли, лейомиомы), нейроэндокринными и другими [5].

Основой микроскопической верификации тканевых дисплазий являются тканевые и цитологические признаки процесса. В ряде случаев для определения гистогенеза необходимо использовать иммуногистохимические маркеры.

Патологоанатомическое исследование порочных структур позволяет в подобных случаях правильно определить причину и механизм развития острого хирургического заболевания.

Литература

1. Морфологическая диагностика тканевых дисплазий: методические рекомендации // Г.И. Кравцова [и др.]; под ред. Г.И. Кравцовой. – Минск: МГМИ, 1998. – 66 с.
2. Семенов, А.В. Клиническое значение эктопии поджелудочной железы в различные органы (обзор литературы и клинические наблюдения симптомного и бессимптомного течения) / А.В. Семенов, Д.А. Пыхтеев, В.Ю. Малюга, Г.Р. Сетдикова, Е.А. Степанова, З.М. Маккаева, Д.А. Тульских, М.А. Болдырев, А.Л. Скугарев // Клиническая и экспериментальная хирургия. Журнал имени академика Б.В. Петровского. – 2022. – Т. 10, № 1. – С. 135–143.
3. Хасанов, А.Г. Острая тонкокишечная непроходимость, вызванная эктопированным участком поджелудочной железы. Клинический случай / А.Г. Хасанов, И.Ф. Суфияров, Э.Р. Бакиров, М.А. Нуртдинов, А.В. Ибраев, Е.В. Евдокимов // Креативная хирургия и онкология. – 2019. – Т.9, № 1. – С. 75–79.
4. Chin, N.-H. Pancreatic heterotopia in the small bowel / N.-H. Chin, J.-M. Wu, K.-Ch. Chen, T.-H. Lee, Ch.-K Lin, Ch.-Sh. Chung, // Pancreas. – 2022. – Vol. 51, № 6. – P. 700-704.
5. Odze, R.D. and Goldblum J.R. Surgical Pathology of the GI Tract, Liver, Biliary Tract and Pancreas / ed. by R.D. Odze, J.R. Goldblum. – 3d ed. – Elsevier, 2015. – 1612 p.