

СЛУЧАЙ МЕЛАНОЗА ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Н.Ю. Орлинская², Е.Л. Бедерина¹, А.Г. Косолапов¹, С.В. Яшков¹, М.К. Рыжов¹,

¹ГБУЗ НО «Городская больница № 33», г. Н. Новгород,

²ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»

Орлинская Наталья Юрьевна – e-mail: orlinskaya@rambler.ru

В статье описан редкий случай меланоза толстого кишечника. Диагноз поставлен на основании гистологического исследования слизистой оболочки толстого кишечника, взятого при помощи эндоскопического исследования, с применением специальных гистохимических окрасок. Описанный случай диктует необходимость более активного использования специальных гистохимических окрасок при исследовании биопсийного и операционного материала.

Ключевые слова: меланоз толстого кишечника, эндоскопическое исследование, гистологическое исследование, гистохимические окраски.

The article gives the description of a rare case of large intestine melanosis. The diagnosis was made on the basis of histological examination of mucous membrane of large intestine, which was taken with the help of endoscopic examination with the use of special histochemical stains. The described case shows the necessity of more active use of special histochemical stains in case of the examination of bioptic and operative material.

Key words: large intestine melanosis, endoscopic examination, histological examination, histochemical stains.

Меланоз толстого кишечника — отложение коричневого пигмента в слизистой оболочке кишечника. Впервые описан в 1829 году Ж. Крювелье* [1].

Меланоз кишечника получил определение в 1933 г., когда были установлены его клинические признаки, а Voskus с соавт. [2] подчеркнули важную роль антрагликозидов в развитии пигментации толстой кишки. Установлено, что гранулы пигмента локализуются непосредственно в собственной пластинке слизистой и содержатся внутри гистиоцитов. Происхождение и характер пигмента остаются спорными, хотя последние данные электронной микроскопии указывают на то, что пигмент имеет эндогенное происхождение и является производным от перерождённых митохондрий [2].

Большинство пациентов с меланозом толстой кишки предъявляли жалобы на запоры и имели в анамнезе факт злоупотребления слабительными в больших дозах. С отменой слабительных препаратов меланоз толстой кишки может исчезать. Меланоз обнаруживается, как правило, случайно, во время выполнения эндоскопического исследования по поводу симптомов какого-либо другого заболевания толстой кишки. Окраска слизистой оболочки, определяемая при эндоскопии, варьирует в широких пределах. Пигментация может быть светлой, серовато-коричневой, тёмно-коричневой или даже чёрной. Сплошной характер окрашивания отсутствует, имеется множество тонких желтоватых разделительных линий, обуславливающих мозаичную картину. Причина этой исчерченности заключается в поверхностных кровеносных сосудах кишечной стенки и лимфатических фолликулах, имеющих вид жёлтых пятен [3].

Этиология: хронические запоры, а также прием некоторых раздражающих кишечку слабительных средств вызывают нарушение нервной регуляции, что проявляется усиленной выработкой пигмента (меланин). Меланоз толстого кишечника чаще наблюдается у пожилых людей, может сопутствовать раку кишки, явления меланоза могут быть обратимы [3]. Меланоз кишечника, на основании данных сигмоидоскопии, составляет 4,7% от всех исследуемых больных [2], а на основании макроскопического исследования аутопсийных препаратов — от 0,04 до 11,2% [2].

Особенно резко меланоз кишечника может быть выражен при заболеваниях печени и поджелудочной железы, при раке толстой кишки — в участках её стенки, расположенных проксимальнее опухоли. В некоторых случаях отмечается меланоз всех отделов толстой кишки, особенно слепой, восходящей и поперечной ободочной кишки, червеобразного отростка. Иногда встречается меланоз подвздошной кишки и брыжеечных лимфатических узлов; может встретиться изолированный меланоз червеобразного отростка [3].

Макроскопически при меланозе кишечника наблюдается очаговое или диффузное окрашивание слизистой оболочки толстой кишки в коричневый, а в части случаев, в чёрный цвет. При этом групповые (пейеровы бляшки) и солитарные лимфоидные фолликулы кишечника сохраняют обычную окраску.

Микроскопически в цитоплазме крупных одноядерных макрофагов собственного слоя слизистой оболочки обнаруживаются включения меланина светло-жёлтого, коричневого и чёрного цвета, а также липидов и мукополисахаридов. Образование включений меланина, по данным

* Жан Крювелье (Cruveilhier Jean, 1791—1874) — французский врач, патологоанатом и клиницист. Ученик Г. Дюпюитрена. Родился в Лиможе, изучал в Париже богословие, затем по настоянию отца перешел на медицинский факультет. В 1816 году получил степень доктора медицины за диссертацию, в которой предложил классифицировать болезни не по органам, а по патологическим изменениям в них. В 1825 году — профессор хирургии в Монпелье, в 1829 году — там же профессор анатомии, с 1836 по 1866 г. — профессор патологической анатомии в Париже. Широко известен своими работами в области нормальной, сравнительной и патологической анатомии. Ему принадлежат известный учебник описательной анатомии человека (1834) и монография «Анатомия нервной системы» (1845). Описал меланоз кишечника (1829), один из симптомов язвенной болезни желудка (1837), аномалию пупочной вены (1852, болезнь К.-Баумгартена). Автор классического руководства по патологической анатомии (1829—1842).

некоторых авторов, [4] связано с гиперпластическими изменениями в энтеро-хромаффинном аппарате толстой кишки. Включения меланина резко аргентофильны, не содержат железа, дают положительные реакции — Шморля и диазониевую, характеризуются повышением активности кислой фосфатазы.

При электронной микроскопии в цитоплазме макрофагов, помимо пигментных гранул, обнаруживают миелоноподобные структуры и лизосомальные плотные тельца. В результате разрушения макрофагов появляются внеклеточные отложения пигмента.

В начальной стадии и при лёгкой степени тяжести меланоза кишечника макрофаги располагаются главным образом у основания кишечных крипт, при поражении средней степени тяжести — в кишечных ворсинах слизистой оболочки, при тяжёлом поражении — в подслизистой основе и мышечной оболочке кишечника, в брыжеечных лимфатических узлах. В слизистой оболочке толстой кишки отмечают гиперпластические изменения с признаками гиперсекреции, а также отёк и плазмоклеточную инфильтрацию её собственного слоя [5].

Клиническая картина, как правило, обусловлена симптомами основного заболевания. Диагноз устанавливают при эндоскопическом исследовании. Поставить правильный диагноз помогают анамнез и отсутствие симптомов или признаков воспаления. Наличие в анамнезе продолжительных запоров и факта длительного применения слабительных препаратов в противоположность типичной для воспалительных заболеваний диарее свидетельствует в пользу исключения колита.

Лечение симптоматическое. Прогноз благоприятный.

Больная К., 26 лет. В 2010 году перенесла аппендэктомию с последующим нагноением послеоперационного рубца. В январе 2012 г. обратилась с жалобами на слабость, запоры, боли в правой подвздошной области, больной была проведена колоноскопия с биопсией, где поставлен диагноз: хронический колит с наличием гемосидерина в собственной пластинке слизистой оболочки кишечника. Назначенное лечение без результата. 10.10.2012 г. больная поступила в ГБУЗ НО «Городская больница №33» с жалобами на болевой синдром в правой подвздошной области, периодический субфебрилитет, запоры. Габитус астенический. Проведена колоноскопия. Баугиниева заслонка губовидная, без патологии. Физиологические и анатомические сфинктеры выражены, тонус кишки нормальный, слизистая кишечника гиперемирована на всем протяжении с наличием белесоватых фолликулов до 0,4 см. Сосудистый рисунок прослеживается во всех отделах. Взята биопсия слизистой кишечника. При гистологическом исследовании (№ 21985/88) биопсийного материала: в доставленном материале фрагменты слизистой оболочки толстого кишечника с умеренной воспалительной инфильтрацией лимфогистиоцитами и эозинофилами. В собственной пластинке диффузно-очаговые отложения макрофагов, содержащих коричнево-бурый пигмент (рис. 1). Для выявления характера пигмента проведена специальная окраска по Перлсу (рис. 2), которая дала отрицательный результат, чем подтвердила отсутствие железа в гранулах макрофагов. Проведена окраска на серебро (рис.3), при которой включения пигмента окрасились резко аргентофильно.

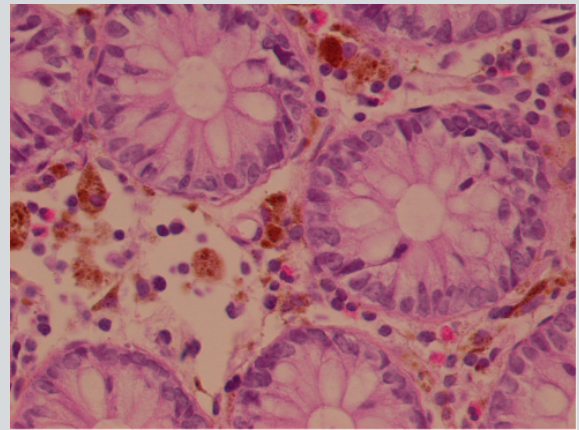


РИС. 1.
Больная К. Гистологическое изучение материала, полученного при эндоскопическом исследовании. Фрагменты толстого кишечника с умеренной воспалительной инфильтрацией лимфогистиоцитами и эозинофилами. В собственной пластинке диффузно-очаговые отложения макрофагов, содержащих коричнево-бурый пигмент. Окраска гематоксилин-эозином. х400.

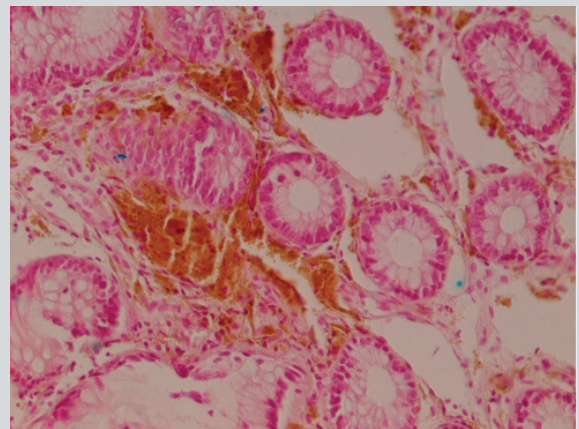


РИС. 2.
Больная К. Гистологическое изучение материала, полученного при эндоскопическом исследовании. Окраска по Перлсу. Гранулы коричневого пигмента не окрашены. х200.

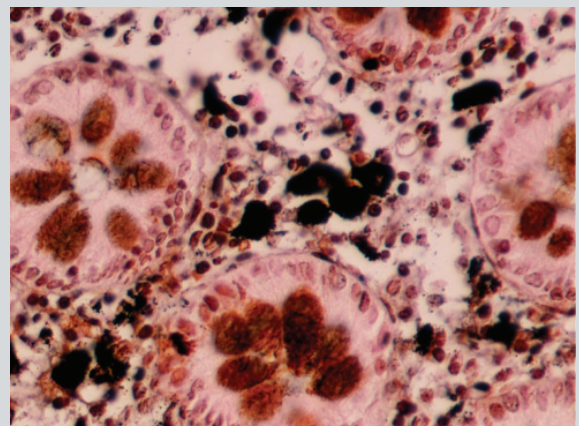


РИС. 3.
Больная К., 26 лет. Биопсийный материал слизистой оболочки толстого кишечника. Окраска на серебро х40. Включения меланина резко аргентофильны.

Заключение: Хронический колит. Меланоз толстого кишечника.

По клиническим данным и результатам обследования поставлен диагноз: спаечная болезнь брюшной полости, частичная кишечная непроходимость, хронический колит. Меланоз толстого кишечника. 18.10.2012 г. проведена операция – лапароскопия, рассечение спаек, дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде наблюдался длительный период пареза кишечника с явлениями динамической кишечной непроходимости, которая была в дальнейшем купирована.

Проведенное клинико-морфологическое описание данного случая демонстрирует выявление редкой патологии – меланоза кишечника при гистологическом исследовании эндоскопического материала с применением гистохимических методов.

ЛИТЕРАТУРА

1. «Шум Крювелье». Обзор. Фарматека. Гастроэнтерология. Гепатология.

2010. № 2 (196). С. 102-103.

«Shum Kryuvel'e». Obzor. Farmateka. Gastroenterologiya. Gepatologiya. 2010. № 2 (196). S. 102-103.

2. Kou Nagasaco Дифференциальная диагностика заболеваний прямой и ободочной кишки (электронный вариант) <http://www.colonoscopy.ru/projects/nagasako/index.htm>.

Kou Nagasaco. Differencial'naya diagnostika zabolevaniy pryamoy i obodochnoy kishki (elektronny variant). <http://www.colonoscopy.ru/projects/nagasako/index.htm>.

3. Многотомное руководство по патологической анатомии. Т. 7. «Патологическая анатомия болезней желудка и кишечника». М. 1963. С. 117.

Mnogotomnoye rukovodstvo po patologicheskoy anatomii. T. 7. «Patologicheskaya anatomiya bolezney zheludka i kishchelnika». M. 1963. S. 117.

4. Антоньев А.А., Дерижанова И.С., Паргаикова С.М. Меланоз. БМЭ. Т. 14. М. 1980. С. 495.

Anton'ev A.A., Derizhanova I.S., Pargaikova S.M. Melanoz. BME. T. 14. M. 1980. S. 495.

5. Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия. М.: Медицина, 1995. 688 с.

Strukov A.I., Serov V.V. Patologicheskaya anatomiya. M. Medicina, 1995. 688 s.