

УДК 616.345-003.829-092



І. П. Хоменко¹, В. П. Слободяник¹, А. О. Бурка²,
А. В. Лисак¹, В. А. Зосим¹, Д. А. Рагушин¹,
Ю. Ю. Воевода¹, А. П. Куриленко¹, К. Д. Ткач¹

¹ Національний військово-медичний клінічний центр
«Головний військово-медичний клінічний госпіталь», Київ

² Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

МЕЛАНОЗ ТОВСТОЇ КИШКИ. КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ

Описано два рідкісні випадки меланозу товстої кишки. Діагноз встановлено на підставі гістологічного дослідження зразків слизової оболонки товстої кишки, взятих ендоскопічно.

Ключові слова: меланоз товстої кишки, ендоскопічне дослідження, гістологічне дослідження, антрагікозид.

Меланоз (від *гр.* melas, melanos — темний, чорний; синонім — меланопатія) — надлишкове накопичення в організмі пігменту меланіну.

Меланоз товстої кишки — патологічний стан, при якому в макрофагах власної пластинки слизової оболонки товстої кишки накопичується глікопротеїд ліпофусцин, що надає слизовій оболонці характерну коричневу пігментацію. Вперше подібний стан було описано в 1829 р. Ж. Крювельє [1, 2]. У 1933 р. Воскіз та співавт. описали його клінічні ознаки і дали визначення цієї патології.

Зазвичай меланоз виявляють випадково під час виконання ендоскопічного дослідження з приводу симптомів іншого захворювання товстої кишки. Забарвлення слизової оболонки, яке визначається при ендоскопії, варіює в широкому діапазоні. Пігментація може бути світло-сірою, темно-коричневою або навіть чорною. Фарбування не суцільне, є багато тонких жовтуватих роздільних ліній, що спричиняє мозаїчну картину. Причина посмугованості полягає в поверхневих кровоносних судинах кишкової стінки і лімфатичних фолікулах, які мають вигляд жовтих плям [4, 5, 7].

Уважають, що меланоз товстої кишки не спричиняє жодних негативних наслідків. Припущення про те, що тривале застосування проносних, які містять антрахінон, підвищує частоту розвитку злоякісних пухлин, не підтверджено переконливими доказами. У низці випадків ураження, виявлене при колоноскопії, не вдається віднести до жодного з описаних захворювань і станів. Це сто-

сується випадків, коли відсутня типова картина запального процесу, набряк, гіперемія слизової оболонки, ерозії, а також низки захворювань кишечника, при яких змін його, за даними колоноскопії, немає, а виявляються лише при гістологічному дослідженні. Особливо різко меланоз кишечника може бути виражений при захворюваннях печінки і підшлункової залози, при раку товстої кишки (в ділянках її стінки, розташованих проксимальніше за пухлини) [4, 6, 9].

У деяких випадках спостерігається меланоз усіх відділів товстої кишки, особливо сліпої, висхідної і поперечної ободової кишки, червоподібного відростка. Іноді трапляється меланоз клубової кишки і брижових лімфатичних вузлів, ізольований меланоз червоподібного відростка [5]. Меланоз може бути фізіологічним (у рас, які мають темний колір шкіри, при впливі сонячних променів, а також при вагітності) і патологічним, коли меланін у надлишковій кількості відкладається там, де зазвичай його вміст не перевищує норму, або з'являється в тих органах, де в нормі він не спостерігається (слизові оболонки, нирки, мозок) [3, 8].

Причини меланозу вивчено недостатньо. Мають значення спадковість та ендокринні порушення: недостатність кори надниркових залоз, порушення вироблення меланофорного гормону гіпофізом, зміна функції статевих залоз, а також авітамінози.

Патологічний меланоз буває природженим і набутиим. До природженого меланозу зарахову-

Зосим Вілена Анатоліївна, к. мед. н., зав. кабінету променевої діагностики та малоінвазивних втручань
E-mail: vzosym1@gmail.com

© І. П. Хоменко, І. П. Слободяник, А. О. Бурка, А. В. Лисак, В. А. Зосим, Д. А. Рагушин, Ю. Ю. Воевода, А. П. Куриленко, К. Д. Ткач, 2017

ють: 1) ретикулярний меланоз, що прогресує, пов'язаний з підвищеною чутливістю шкіри до ультрафіолетових променів. Трапляється рідко; 2) ексцесивний меланобластоз, котрий виникає у новонароджених до 1 міс життя, має пухлинну природу і, ймовірно, пов'язаний з метастазами крізь плаценту злоякісної меланоми матері. Виявляється у вигляді темної пігментації шкіри новонародженого. Відкладення меланіну спостерігаються також в ядрах нервових клітин і в речовині мозку.

Набутий меланоз може бути вогнищевим (локалізованим) і дифузним (генералізованим). Найчастіше трапляється набутий меланоз шкіри. Прикладом вісцерального вогнищевого меланозу може бути меланоз кишечника. Він спостерігається переважно в осіб, які страждають на часткову кишкову непрохідність або хронічний запор. Процес локалізується в ілеоцекальному відділі, прямій і сигмоподібній кишці. Слизова оболонка набуває темно-коричневого або чорного кольору. Вогнищевий меланоз може бути пов'язаний зі зміною функції статевих залоз (хлоазми при вагітності і пігментація сосків молочних залоз). Збільшення вмісту меланіну в організмі спостерігається також при авітамінозах (пелагрі, цинзі).

Дифузний меланоз пов'язаний з ендокринними порушеннями і спостерігається при хворобі Аддисона.

Етіологія: хронічні запори, а також прийом деяких проносних засобів, які подразнюють кишку, спричиняють порушення нервової регуляції, що виявляється посиленням вироблення пігменту (меланін). Меланоз товстого кишечника частіше спостерігається у літніх осіб, може супроводжувати рак кишки. Явища меланозу можуть бути зворотними [2, 5].

Клінічна картина зазвичай зумовлена симптомами основного захворювання. Діагноз встановлюють при ендоскопічному дослідженні. Встановити правильний діагноз допомагає анамнез і відсутність симптомів або ознак запалення. Наявність в анамнезі тривалих закрепів і факту тривалого застосування проносних препаратів на противагу типової для запальних захворювань діареї свідчить на користь заперечення коліту. Лікування симптоматичне. Прогноз сприятливий [1, 5].

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК 1

Хвора Г., 35 років, госпіталізована в хірургічне відділення зі скаргами на періодичні слизовогнійні виділення, періодичну припухлість у ділянці промежини, схильність до закрепів. Зі слів пацієнтки, зазначені скарги турбують більше року, закрепи — 15 років. Для дообстеження пацієнтці виконано колоноскопію з біопсією. Баугінієва заслінка губоподібна без ознак запалення. Оглянуто 15 см тонкої кишки. Слизова оболонка тонкої кишки рожева, блискуча. Просвіт і характер товстої кишки відповідають її відділам. Слизова

оболонка товстої кишки надмірно пігментована, темно-коричневого кольору з великою кількістю тонких жовтуватих роздільних ліній (мозаїчна картина). Судинний малюнок виражений добре (рис. 1). Висновок: меланоз товстої кишки.

Гістологічне дослідження (№ 26737-39) біоптату: в ділянках слизової оболонки товстої кишки спостерігається слабка лімфо-плазмоцитарна інфільтрація строми і відкладення пігменту коричневого кольору в макрофагах власної пластинки слизової оболонки.

Біопсійний матеріал гістологічно не зміненої слизової оболонки товстої кишки з вогнищами відкладення бурого пігменту (ліпофусцину). В роботі використано базове фарбування гематоксиліном та еозином, додаткове фарбування PAS (ШИК).

При фарбуванні гематоксиліном та еозином в стромі слизової оболонки спостерігаються скупчення макрофагів з накопиченням внутрішньоклітинного пігменту бурого кольору (рис. 2).

PAS (ШИК) фарбування було використане як контрастне забарвлення для верифікації меланозу та визначення позаепітеліального розташування ліпофусцину (рис. 3).

За клінічними даними та результатами обстеження встановлено діагноз: хронічний парапроктит. Задня повна підшкірна параректальна нориця. Меланоз товстої кишки.

05.07.2017 виконано висічення параректальної нориці за Габрієлем. Перебіг післяопераційного періоду — без ускладнень.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК 2

Хвора Н., 72 роки, госпіталізована у відділення кардіоревматології зі скаргами на епізоди підйому артеріального тиску до 160/90 мм рт.ст., періодичний нападopodobний дифузний біль у животі, закрепи. Тривало хворіє на гіпертонічну хворобу. Постійно приймає бісопролол, «Азомекс», сену. Хворій виконано колоноскопію.

Баугінієва заслінка без ознак запалення. Оглянуто 10 см тонкої кишки. Слизова оболонка тонкої кишки рожева, блискуча. Просвіт і характер товстої кишки відповідають її відділам. Слизова оболонка товстої кишки в усіх відділах надмірно пігментована, темно-коричневого кольору з великою кількістю тонких жовтуватих роздільних ліній (мозаїчна картина). Судинний малюнок виражений добре. У сигмоподібній кишці визначаються поодинокі дивертикули до 0,4 см (рис. 4) без ознак запалення.

У хворой взято біоптат зі слизового шару товстої кишки. Матеріал відправлено на гістологічне дослідження. Біопсійний матеріал гістологічно не зміненої слизової оболонки товстої кишки з вогнищами відкладення ліпофусцину (рис. 5).

Було використано додаткове фарбування PAS (ШИК) (рис. 6).

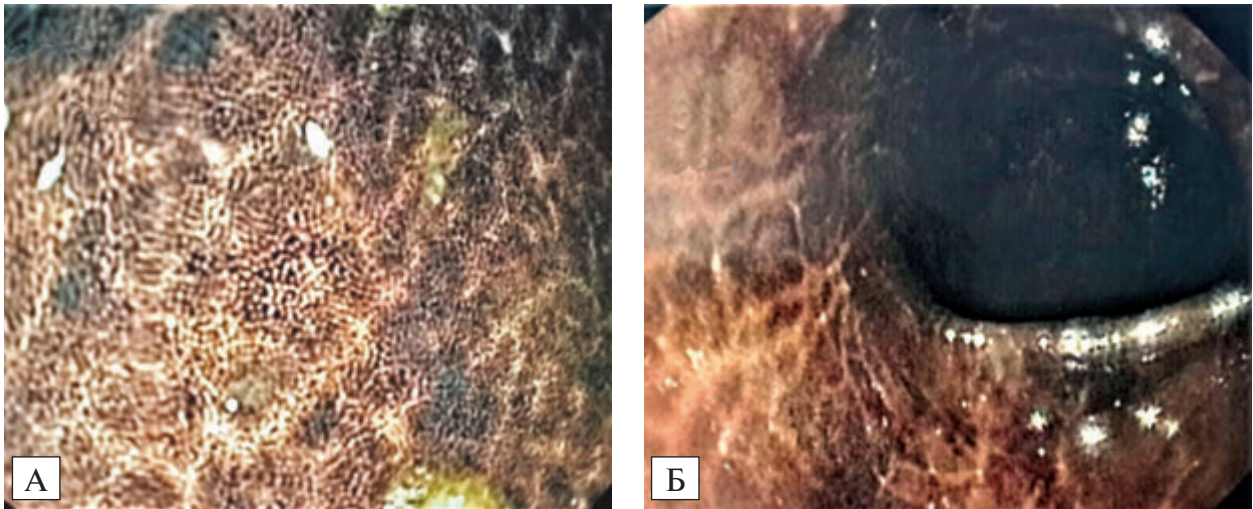


Рис. 1. Хвора Г., 35 років: слизова висхідного (А) та низхідного (Б) відділу товстої кишки

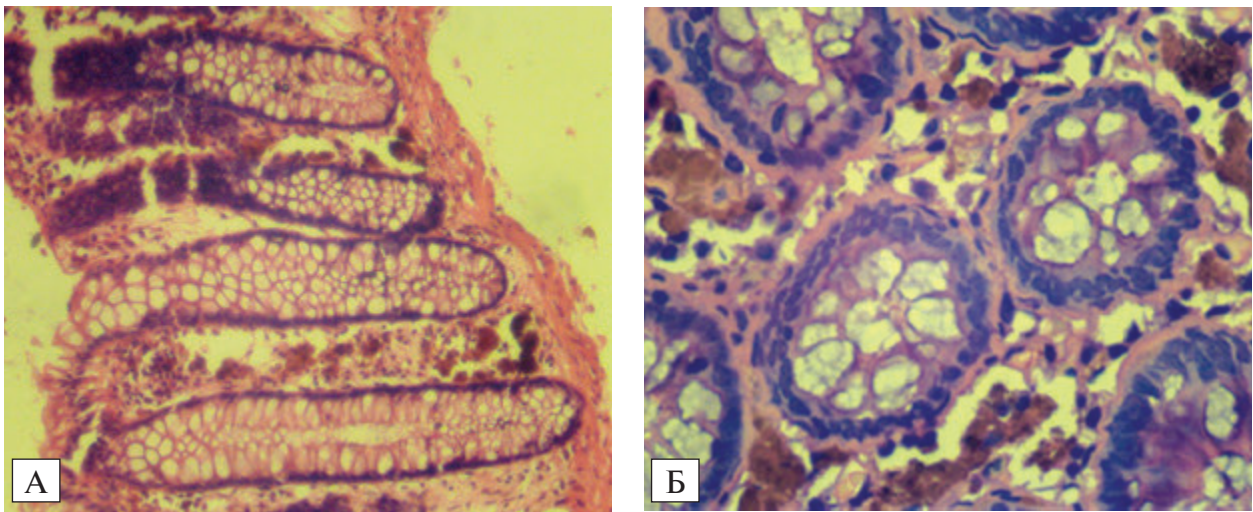


Рис. 2. Хвора Г., 35 років: слизова оболонка товстої кишки з базальною запальною інфільтрацією, поодинокими макрофагами та їх групами з накопиченням бурого пігменту. Забарвлення гематоксиліном та еозином. $\times 50$ (А); $\times 400$ (Б)

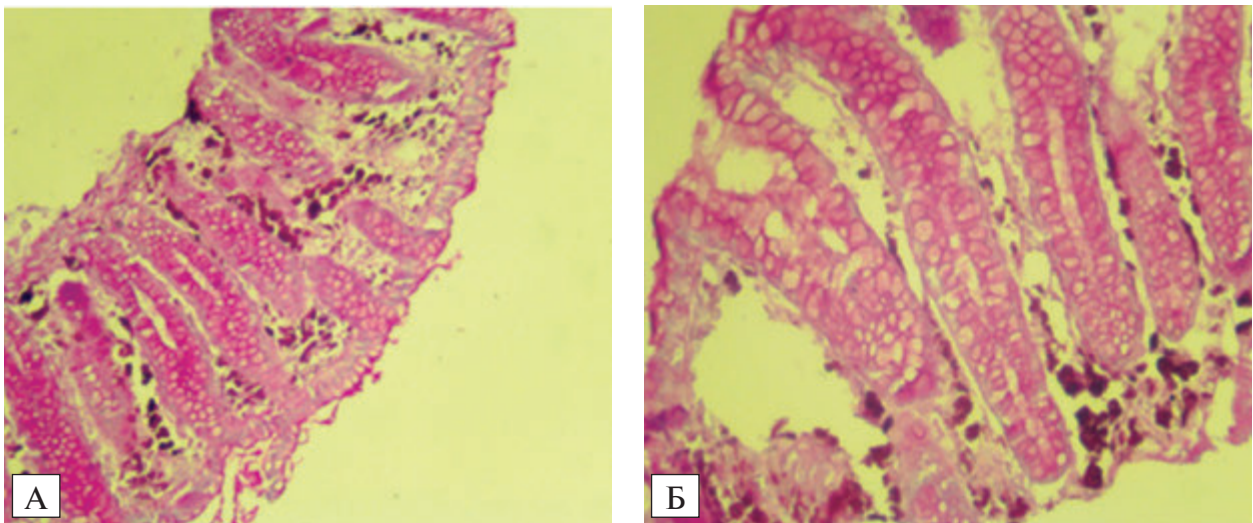


Рис. 3. Хвора Г., 35 років: слизова оболонка товстої кишки з базальною запальною інфільтрацією, поодинокими макрофагами та їх групами з накопиченням бурого пігменту. Забарвлення ШИК/PAS. $\times 50$ (А); $\times 100$ (Б)

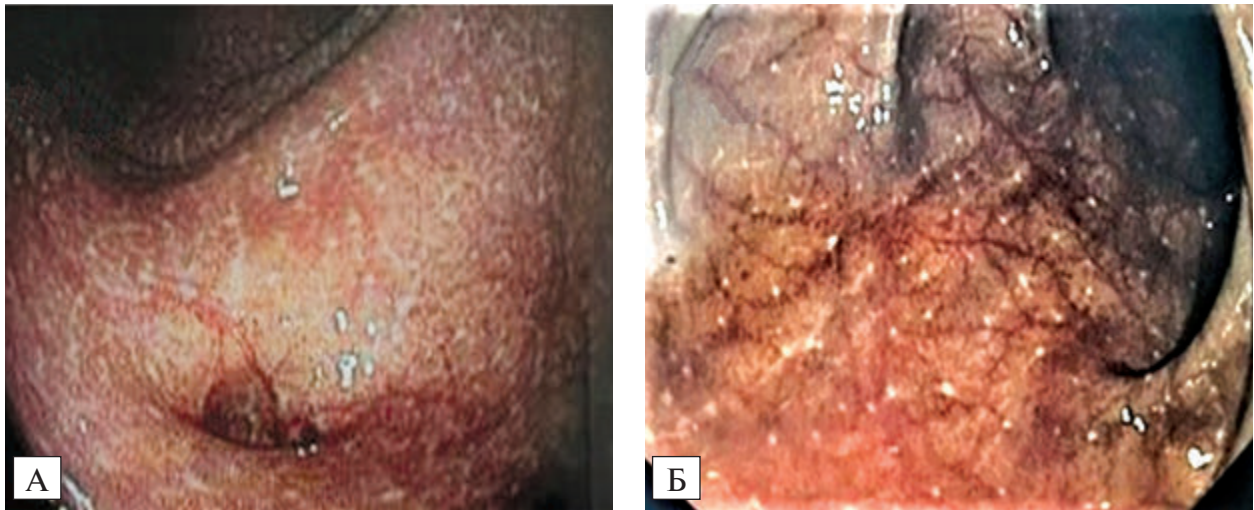


Рис. 4. Хвора Н., 72 роки: А — дивертикул товстої кишки; Б — слизова оболонка сигмоподібного відділу товстої кишки

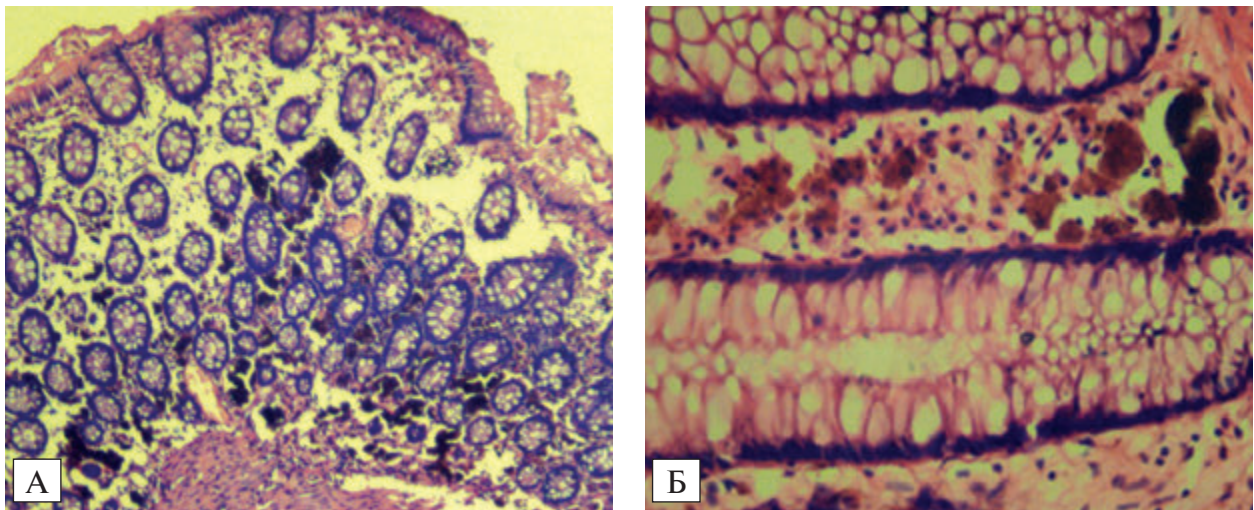


Рис. 5. Хвора Н., 72 роки: слизова оболонка товстої кишки з базальною запальною інфільтрацією, поодинокими макрофагами та їх групами з накопиченням бурого пігменту. Забарвлення гематоксилином та еозином. $\times 50$ (А); $\times 200$ (Б)

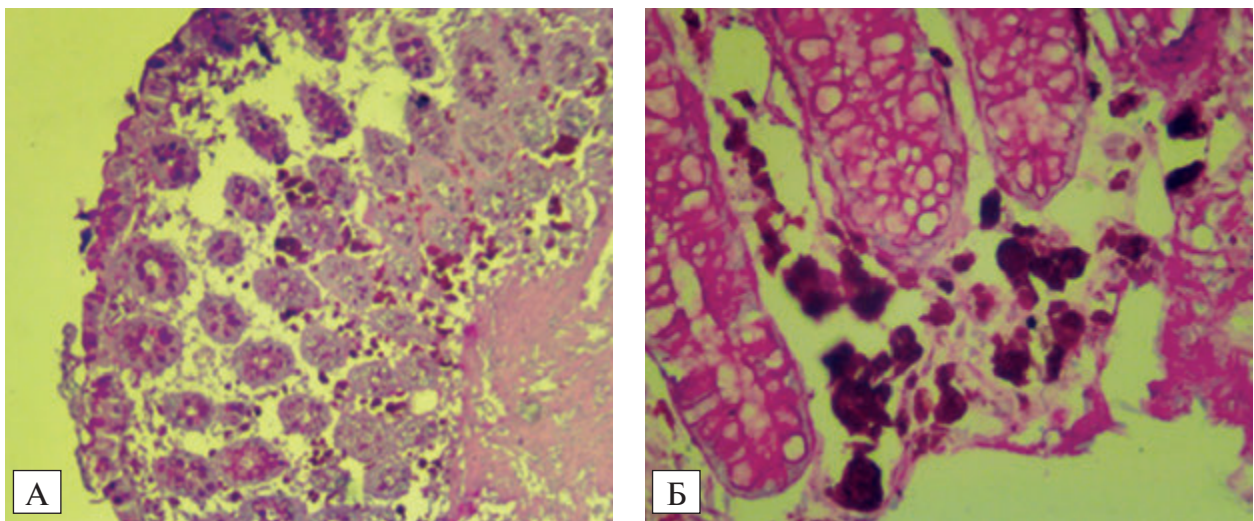


Рис. 6. Хвора Н., 72 роки: слизова оболонка товстої кишки з базальною запальною інфільтрацією, поодинокими макрофагами та їх групами з накопиченням бурого пігменту. Забарвлення ШИК/PAS. $\times 50$ (А); $\times 200$ (Б)

Пігментація слизової оболонки товстої кишки, видима при ендоскопічному обстеженні та підтверджена гістологічним висновком, є наслідком накопичення гранул пігменту в макрофагах [5]. Привертає увагу нерівномірна інтенсивність пігментації, найбільш виражена в сліпій кишці та проксимальних відділах товстої кишки [4]. Цей факт пов'язують з концентрацією в просвіті проксимального відділу товстої кишки великої кількості агресивної речовини, яка пошкоджує кишку, наприклад, проносного препарату або його похідних. Іншою можливою причиною може бути різна абсорбувальна здатність відділів товстої кишки. Лімфоїдні фолікули в нормі представлені в слизовій оболонці, при меланозі не накопичують пігмент, тому тканина набуває вигляду «зоряного неба», особливо в ректосигмоподібному відділі товстої кишки. Характерною ознакою є наявність

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження — І. Х., В. С.; збір та опрацювання матеріалу — А. Л., В. З., Д. Р.; написання тексту — А. Б., В. З.; редактування — Ю. В., А. К., К. Т.

множинних тонких жовтуватих смуг: причина подібної посмугованості полягає у відсутності пігменту в місцях проходження поверхневих кровеносних судин.

ВИСНОВКИ

Специфічних скарг, на основі яких можна запідозрити меланоз товстої кишки, не існує. Його виявляють зазвичай випадково під час виконання колоноскопії та за результатами гістологічного дослідження з приводу іншого захворювання товстої кишки.

Клінічні спостереження свідчать про те, що меланоз товстої кишки не потребує лікування. При припиненні використання рослинних послаблювальних засобів захворювання зникає самостійно.

Патофізіологічні механізми розвитку меланозу потребують подальшого вивчення.

Література

1. Лохматов М. М., Гайдаєнко А. Е., Шавров А. А., Волков М. О. Меланоз толстой кишки у ребенка 15 лет: клиническое наблюдение // Педиатрическая фармакология. — 2015. — № 12 (3). — С. 327—329.
2. Орлинская Н. Ю., Бедерина Е. Л., Косолапов А. Г. и др. Случай меланоза толстого кишечника (клинический случай) // Мед. альманах. — 2014. — № 1 (31). — С. 50—52.
3. Benavides S. H., Morgante P. E., Monserrat A. J. et al. The pigment of melanosis coli: A lectin histochemical study // Gastrointest. Endosc. — 1997. — Vol. 46. — P. 131—138.
4. Freeman H. J. Melanosis in the small and large intestine // World J. Gastroenterol. — 2008. — Vol. 14 (27). — P. 4296—4299.
5. Ghadially F. N., Walley V. M. Melanoses of the gastrointestinal tract // Histopathology. — 1994. — Vol. 25. — P. 197—207.
6. Kou Nagasako Дифференциальная диагностика заболеваний прямой и ободочной кишки (электронный вариант) <http://www.colonoscopy.ru/projects/nagasako/index.htm>. 2012. 34.
7. Li D., Browne L. W., Ladabaum U. Melanosis coli // Clin. Gastroenterol. Hepatol. — 2009. — N 7. — A20.
8. Loveday R. L., Hughes M. A., Lovel J. A., Duthie G. S. Melanosis coli in the absence of anthranoid laxative use harbouring adenoma // Colorectal Dis. — 2013. — Vol. 15. — P. 1044—1045.
9. Nusko G., Schneider B., Muller G. et al. Retro spective study on laxative use and melanosis coli as risk factor for colorectal neoplasm // Pharmacol. — 1993. — Vol. 47. — P. 234—241.

І. П. Хоменко¹, В. П. Слободяник¹, А. А. Бурка², А. В. Лисак¹, В. А. Зосим¹, Д. А. Рагушин¹, Ю. Ю. Воевода¹, А. П. Куриленко¹, К. Д. Ткач¹

¹Национальный военно-медицинский клинический центр

«Главный военно-медицинский клинический госпиталь», Киев

²Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

МЕЛАНОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Описаны два редких случая меланоза толстой кишки. Диагноз установлен на основании гистологического исследования образцов слизистой оболочки толстой кишки, взятых эндоскопически.

Ключевые слова: меланоз толстой кишки, эндоскопическое исследование, гистологическое исследование, антрагликозид.

I. P. Khomenko¹, V. P. Slobodanyk¹, A. O. Burka², A. V. Lysak¹, V. A. Zosym¹, D. A. Ragushyn¹, Yu. Yu. Voievoda¹, A. P. Kurylenko¹, K. D. Tkach¹

¹National Military Medical Clinical Centre «The Main Military Clinical Hospital», Kyiv

²O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

MELANOSIS OF THE LARGE INTESTINE. CASE STUDY

The article gives the description of a rare case of large intestine melanosis. The diagnosis was performed based on the histological examination of the large intestine mucous membrane, which was taken with endoscopic examination.

Key words: large intestine melanosis, endoscopic examination, histological examination, anthraglycosid.