

2 группа – «асимметричный» тип – разница в рентгенологической картине между ТБС составляет две или более стадий [3, с. 1]

Результаты и их обсуждение. В группе «симметричного» типа (группа 1) средний возраст составил 68 лет, в группе «асимметричного» типа (группа 2) – 60 лет. Женщины преобладали в обеих группах (83,3% и 100% соответственно).

В группе 1 разница в одну стадию между тазобедренными суставами составила 33,3 %, а в 66,7% случаев разницы между степенью поражения ТБС не наблюдалось. У пациентов этой группы с разницей в степени поражения между ТБС правая конечность была с большей степенью поражения. Во второй группе пациентов с «асимметричным» типом поражения ТБС разница между степенью поражения левого и правого сустава в две стадии имела у 75%, а у 25% пациентов отмечена разница в три стадии. Также в этой группе пациентов более тяжелая степень поражения приходилась на правую конечность.

Выводы. Двусторонний коксартроз часто протекает асимметрично, при этом значительная разница в стадиях поражения (2 и более по Kellgren–Lawrence) в нашем исследовании была характерна для пациентов более молодого возраста, в среднем 60 лет. Установлено, что выраженная асимметрия ведет к опущению крыла подвздошной кости и укорочению конечности, что требует учёта функциональных нарушений при планировании этапного эндопротезирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Загородний, Н. В. Эндопротезирование тазобедренного сустава при двустороннем поражении / Н. В. Загородний, В. И. Нуждин, А. Г. Каграманов // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2019. – Т. 26, № 2. – С. 45–52.

2. Mihalko, W. M. Biomechanics of the hip in bilateral osteoarthritis / W. M. Mihalko, L. A. Whiteside // Journal of Arthroplasty. – 2018. – Vol. 33, № 7. – P. 2150–2154.

3. Рентген признаки артроза тазобедренного сустава // 10-я городская клиническая больница. – URL: <https://www.10gkb.by/informatsiya/stati/rentgen-priznaki-artroza-tazobedrennogo-sustava> (дата обращения: 01.04.2026).

ГЕТЕРОТОПИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА В АНОРЕКТАЛЬНУЮ ОБЛАСТЬ: РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Дмитриева М.В.^{1,2}, Брагина З.Н.¹, Галан И.В.², Яниславская А.О.²,
Хоменко Д.И.², Москвин А.А.², Ковалевич Е.В.²

¹Белорусский государственный медицинский университет,

²Городское клиническое патологоанатомическое бюро

Минск, Беларусь

Введение. Гетеротопии тканей – доброкачественно протекающие врожденные аномалии, возникающие в результате нарушения

дифференцировки стволовых клеток на этапе эмбрионального развития, при которых какая-либо зрелая ткань располагается за пределами ее нормальных границ. Наиболее часто среди описанных случаев наблюдается гетеротопия слизистой оболочки желудка (ГСОЖ) и ткани поджелудочной железы [1, с. 1]. ГСОЖ может наблюдаться в любом отделе желудочно-кишечного тракта: наиболее часто в пищеводе (0,1%-13,8%) и 12-перстной кишке (0,5%-8,9%), реже выявляется в желчном пузыре, тощей и прямой кишке, описаны случаи локализации в дивертикуле Меккеля [2, с. 139].

ГСОЖ впервые была описана Schmidt в 1805 году, который представил случай ее локализации в пищеводе [2, с. 139], а Ewell и Jackson в 1939 году впервые опубликовали результаты гистологического исследования пациента с ГСОЖ в прямой кишке [3, с. 196]. С тех пор в научной литературе появилось около 100 публикаций случаев желудочной гетеротопии в области ануса и прямой кишки с тенденцией к увеличению количества случаев в последнее десятилетие, что, вероятно, связано с ростом числа выполняемых колоноскопий с целью скрининга колоректального рака. Возраст пациентов варьировал от первого дня после рождения до 69 лет с медианой возраста 22 года и преобладанием лиц мужского пола (63%) [3, с. 196].

Клинически большинство случаев ГСОЖ протекает бессимптомно и зачастую случайно выявляется при эндоскопии с последующей биопсией. Однако в ряде случаев они сопровождаются развитием болевого синдрома, кровотечения, язвы с перфорацией, кишечной непроходимости (инвагинации). Редким осложнением может быть перерождение участка гетеротопии в злокачественную опухоль [4, с. 290].

Цель. Представить результаты морфологического исследования материала с локализацией ГСОЖ в аноректальной области.

Методы исследования. Удаленный при биопсии и эндоскопическом иссечении материал исследован в Городском клиническом патологоанатомическом бюро г. Минска. Гистологическая проводка проведена по стандартному протоколу. Гистологические препараты были окрашены гематоксилином–эозином и по Гимзе, оценены при световой микроскопии. Изображения микропрепаратов были переведены в цифровой формат на сканере Aperio AT2 компании Leica.

Результаты и их обсуждение. Пациент М., 29 лет, несколько месяцев назад почувствовал дискомфорт и болевые ощущения в области прямой кишки, замечал также примесь крови в стуле. Обратился на консультацию к проктологу и был направлен на колоноскопию в проктологическое отделение 2-ой городской клинической больницы г. Минска. При эндоскопическом исследовании толстая кишка осмотрена на всем протяжении, исследованы также до 15 см подвздошной кишки. Баугиниева заслонка обычной формы и размера. Подвздошная кишка рыхлая, зернистая, очагово гиперплазирована, с деформированными ворсинками. Сосудистый рисунок усилен. В прямой кишке выявлено полиповидное образование диаметром до 0,5 см. – удален при взятии биопсии. Ближе к анальной зоне определялось полиповидное образование до 1,5 см. мягкоэластичной консистенции и геморроидальный узел

диаметром до 1 см. Оба объекта были иссечены при эндоскопии. Следует отметить, что участки ГСОЖ могут быть неполипоидными, слабо возвышающимися над поверхностью, либо с некоторым западением в центре, с наличием эрозий, а также «сидячими» [3, с. 196].

При гистологическом исследовании в подвздошной кишке патологических изменений не выявлено. Описанное выше образование прямой кишки было представлено гиперпластическим полипом. В аноректальной зоне один из удаленных фрагментов имел строение геморроидального узла, покрытого многослойным плоским эпителием, с наличием в строме расширенных полнокровных сосудов и скудной круглоклеточной воспалительной инфильтрацией.

В другом резецированном фрагменте аноректальной области, а также взятом из него биоптате определялись группы желез фундального типа, состоящие преимущественно из главных и париетальных клеток, характерных для тела желудка (рисунок 1).

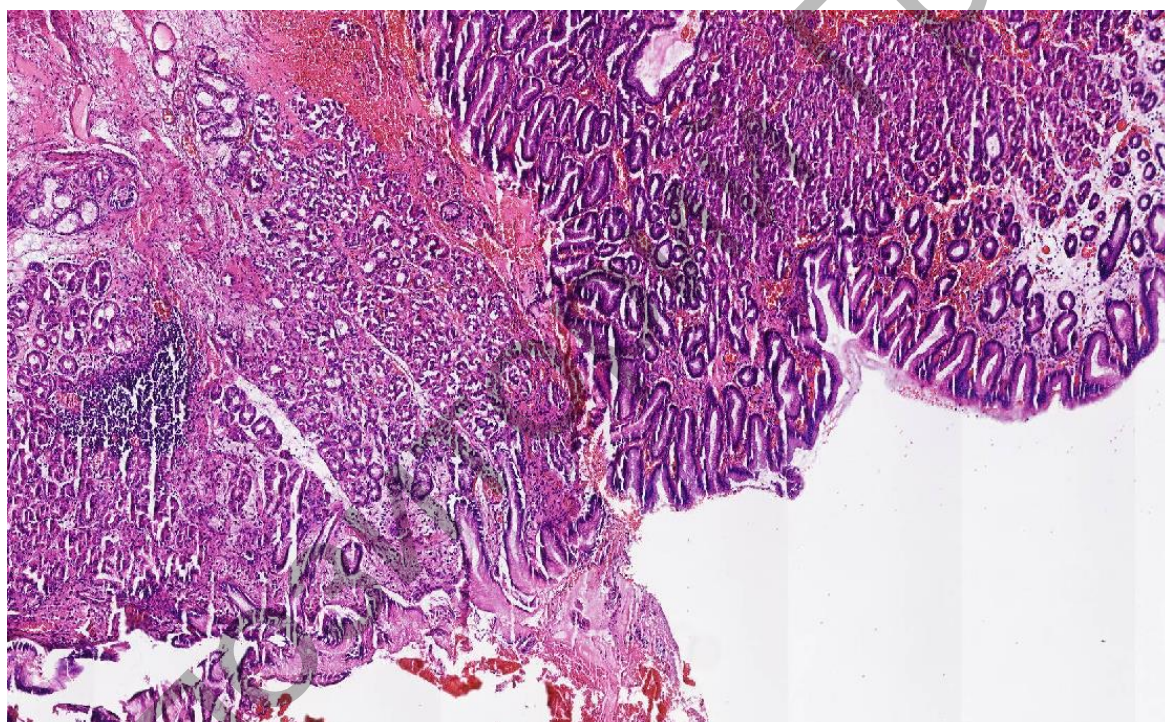


Рисунок 1 – Гетеротопия слизистой оболочки желудка (окраска гематоксилином-эозином, увеличение x70)

В собственной пластинке слизистой оболочки выявлена неравномерная круглоклеточная инфильтрация с формированием лимфоидных агрегатов, внутрислизистые геморрагии (рисунки 2, 3). *Helicobacter pylori* не был обнаружен.

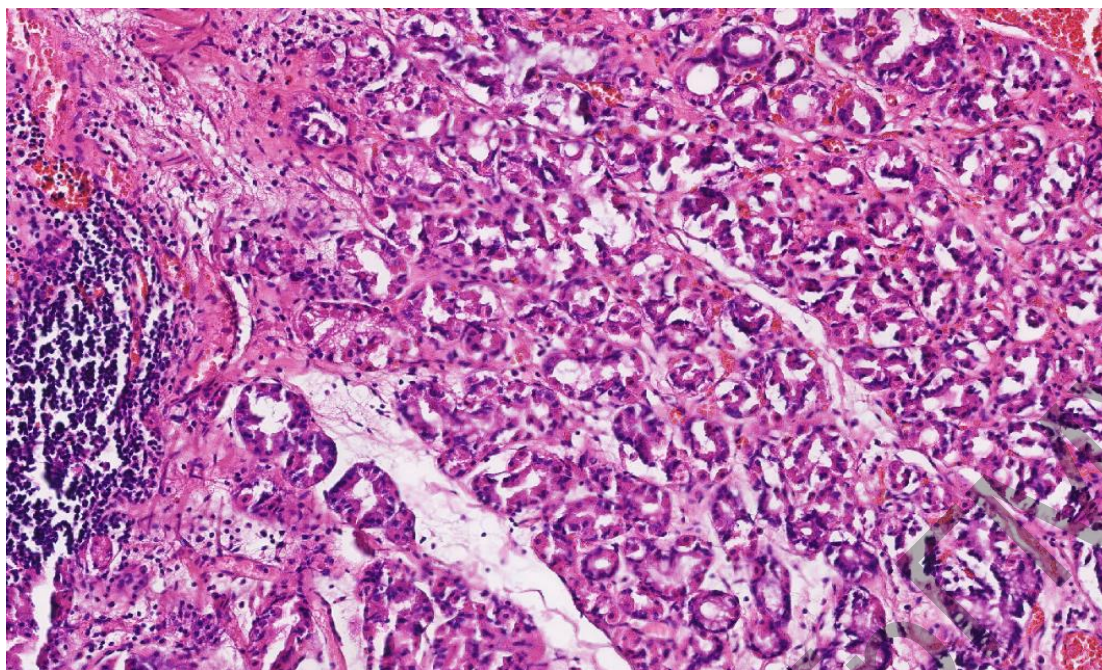


Рисунок 2 – Участок гетеротопии желудочной ткани (фрагмент рисунка 1) представлен железами, состоящими преимущественно из париетальных и главных клеток (окраска гематоксилином-эозином, увеличение x 200)

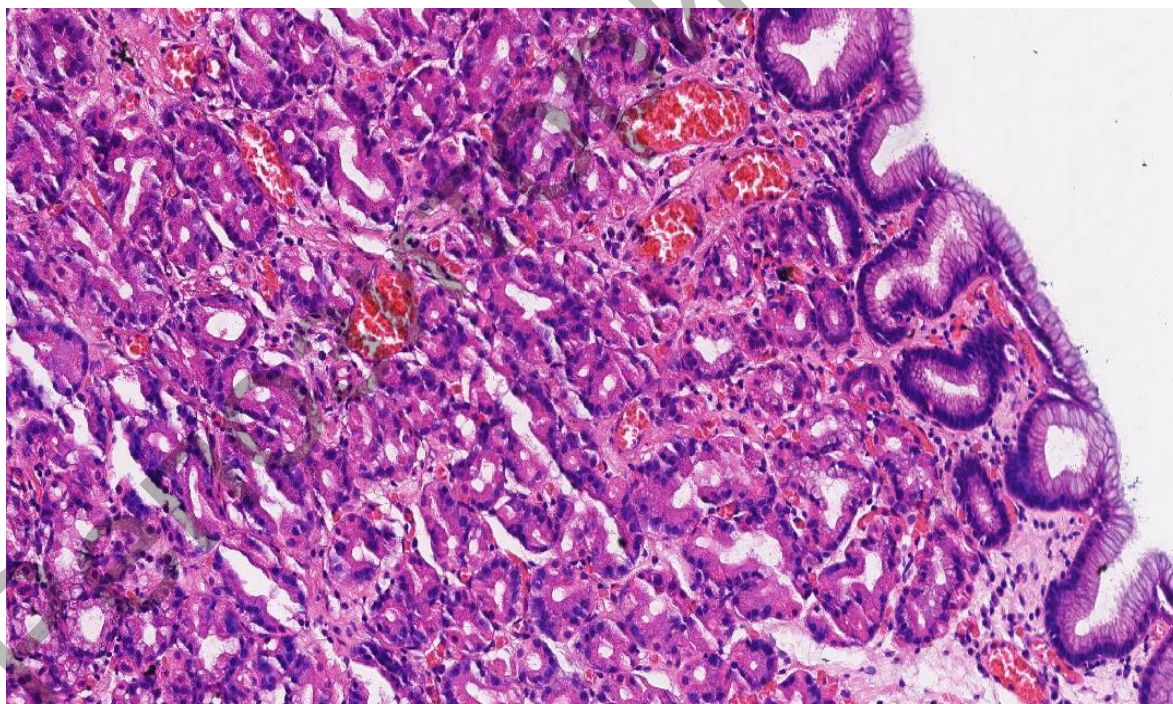


Рисунок 3 – Участок гетеротопии ткани тела желудка с фундальными железами в строме и покровно-ямочным эпителием желудочного типа (окраска гематоксилином-эозином, увеличение x 300)

Сравнивая полученные нами при гистологическом исследовании результаты с данными литературных источников, следует отметить, что в

большинстве описанных случаев также выявлялась гетеротопия фундальных желез желудка (83%), реже наблюдалось сочетание желез тела и антрального отделов желудка (11%), гетеротопия антральных (5%) и кардиальных желез (2%). В единичных представленных публикациях в участках гетеротопии определялись энтерохромаффинные клетки, кишечная метаплазия эпителия и пилорическая аденома со слабой дисплазией [3, с. 196].

Важно отличать гетеротопию, относящуюся к врожденной аномалии, от метаплазии – приобретенного изменения ткани вследствие хронического воспаления. Гетеротопия представляет собой не просто «перемещение» клеток, а полноценный островок слизистой, часто содержащий специализированные клетки (обкладочные и главные), способные секретировать соляную кислоту и ферменты. Микроскопически обнаруживается типичный эпителий желудка, часто фундального типа, секретирующий соляную кислоту. Для метаплазии же характерно наличие желудочного фовеолярного эпителия при отсутствии специализированных антральных или фундальных желез, свидетельствующих о ГСОЖ [5, с. 13].

Выводы. Продемонстрирован редкий случай ГСОЖ в аноректальной области, диагностика которого возможна только при морфологическом исследовании пораженного фрагмента ткани. Информированность врачей о ГСОЖ позволит улучшить распознавание этой патологии и повысить настороженность врачей в связи с возможными рисками серьезных осложнений и озлокачествления.

ЛИТЕРАТУРА

1. A mass of pancreatic and gastric heterotopia causing a small bowel obstruction in a 61-year-old male / M. Alfrejat, A. Al-Habash, A. Alsarhan [et al.] // Case Reports in Gastrointestinal Medicine. – 2017. – Vol. 2017. – P. 1–3.
2. Heterotopic gastric mucosa of the gastrointestinal tract: prevalence, histological features, and clinical characteristics / L. Yu, Y. Yang, L. Cui [et al.] // Scandinavian Journal of Gastroenterology. – 2014. – Vol. 49, № 2. – P. 138–144.
3. Heterotopic gastric mucosa in the anus and rectum: first case report of endoscopic submucosal dissection and systematic review / F. Iacopini, T. Gotoda, T. Matsuda [et al.] // Gastroenterology Report. – 2016. – Vol. 4, № 3. – P. 196–205.
4. Colonic adenocarcinoma arising from gastric heterotopia: a case study / H. Ko, S. Lee, J. H. Kim [et al.] // Korean Journal of Pathology. – 2013. – Vol. 47, № 3. – P. 289–292.
5. Lippe, A. Sometimes things are not where they are supposed to be: a case report of gastric heterotopia in the rectum / A. Lippe, S. D. Lippe // Physician's Journal of Medicine. – 2022. – Vol. 1, № 1. – P. 12–14.