

© Рудь О.М., Олійник І.Ю., Андрєєв М.Д., Курик О.Г., 2010

УДК 616.345-006.5-053.2

ПОЛІПИ ТОВСТОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ ЗА ДАНИМИ КОЛОНОБІОПСІЙ (2005-2009 рр.)

О.М.Рудь, І.Ю.Олійник, М.Д.Андрєєв¹, О.Г.Курик¹

Кафедра патоморфології та судової медицини (зав. – проф. І.С.Давиденко) Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці), ¹Державний патологоанатомічний центр України (м. Хмельницький)

Резюме. Аналіз результатів колонобіопсій у дітей за період 2005-2009 рр. виявив тенденцію до зростання кількості поліпів товстої кишки. Переважають ювенільні поліпи, що мають схильність до виразкування і кровотеч, а також аденоми, що мають потенційний ризик малігнізації.

Ключові слова: колонобіопсії у дітей, ювенільні поліпи, аденоми.

У структурі захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) значне місце посідає колоректальна патологія. У дорослих колоректальний рак займає перше місце серед онкологічних захворювань ШКТ, тому актуальним видається вивчення передракових станів – патологічних процесів, які мають або потенційний ризик малігнізації, або створюють сприятливий фон для цього [1]. Патологія ШКТ невпинно молодшає. Це стосується і передракових станів, і онкологічних процесів. Наприклад, хронічний атрофічний гастрит, який відноситься до передракових станів, діагностується у дітей з 8-річного віку [2]. Актуальними є гіперпластичні процеси кишечника, морфологічною основою яких є розростання залозистого епітелію у вигляді численних залозистих трубочок чи розгалужених ворсинок, опорою яких є сполучнотканинна строма. Часто ці процеси називають поліпами і дають їм визначення – пухлиноподібні утворення.

Загальної теорії щодо етіології і патогенезу поліпів немає. Існує запальна теорія, згідно з якою поліпи виникають внаслідок хронічного запалення товстої кишки (ТК) [3]. Переважання в раціоні висококалорійних продуктів зумовлює зниження моторної активності ТК. Жовчні кислоти, які в процесі травлення перетворюються на канцерогенні речовини, мають триваліший контакт зі слизовою оболонкою ТК. За таких умов навіть інтенсивність репарації епітеліальних клітин слизової оболонки, які оновлюються кожні 4-6 днів, не завжди може проти-

стояти дії канцерогенів [4]. Прихильники ембріональної теорії вважають, що в період ембріонального розвитку у деяких випадках є надлишок зародкового матеріалу, який трансформується в новоутворення внаслідок запального процесу [3]. Серед поліпів ТК у дітей виділяють: ювенільні, гіперпластичні поліпи, аденоми – тубулярні, тубулярно-папілярні і папілярні, а також псевдополіпи – грануляційні поліпи. Ювенільні поліпи, які трапляються у дітей з 3-5-річного віку, рідше гіперпластичні, часто виражуються і стають причинами кровотеч. Аденоми, що спостерігаються у дітей переважно 14-18-річного віку, небезпечні в плані потенційного ризику малігнізації.

Мета дослідження. Вивчити кількісну і якісну структуру поліпів ТК у дітей за даними колонобіопсій.

Матеріал і методи. Ретроспективний аналіз колонобіопсій (2005-2009 рр.) у Державному патологоанатомічному центрі України, який обслуговує всі лікувальні заклади м. Хмельницький і 18 районів Хмельницької області, проведено за даними журналів реєстрації дослідження біопсійного матеріалу з визначенням кількості поліпів у дитячому віці (до 18 років). Проведено розподіл поліпів за нозологічними формами (гістологічною будовою). Гістологічні препарати поліпів ТК вивчали на мікроскопі Axioskop 40 (Zeiss).

Результати дослідження та їх обговорення. За період 2005-2009 рр. проведено 1717 колонобіопсій, з них 2005 року – 269, 2006-го – 348, 2007-го – 372, 2008-го – 388, 2009-го – 340 (табл. 1). Розподіл поліпів ТК за гістологічними

формами наведений у таблиці 2. Ювенільні поліпи у наших спостереженнях траплялися у дітей віком 3-18 років. Місцем їх локалізації була переважно пряма кишка. При мікроскопічному дослідженні в ювенільних поліпах визначаються дрібні і великі, місцями кістозно розширені залози, вистелені циліндричним епітелієм (рис. 1, А). У кістозних залозах – епітелій з оз-

наками атрофії, келихоподібні клітини відсутні. Просвіт окремих кістозно розширених залоз заповнений слизом, місцями у просвіті кіст визначається скупчення сегментоядерних лейкоцитів (рис. 1, Б). У сполучнотканинній стромі – помірна вогнищева, місцями виражена поліморфно-клітинна інфільтрація з лімфоцитів, макрофагів, плазматичних клітин, гранулоци-

Таблиця 1

Кількість колонобіопсій та діагностованих поліпів товстої кишки у дітей за даними колонобіопсій 2005-2009 рр.

Всього колонобіопсій (за роками досліджень)	Кількість колонобіопсій у дітей		Кількість поліпів у дітей	
	абс.	%	абс.	%
2005 – 269	19	7,06	7	2,6
2006 – 348	28	8,05	12	3,45
2007 – 372	33	8,87	11	2,96
2008 – 388	29	7,47	14	3,61
2009 – 340	37	10,88	19	5,59

Таблиця 2

Розподіл поліпів товстої кишки у дітей за гістологічною будовою (за даними колонобіопсій 2005-2009 рр.)

Загальна кількість поліпів (за роками)	Ювенільні		Гіперпластичні		Аденоми		Грануляційні	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2005 – 7	4	57,14	1	14,29	2	28,57	-	-
2006 – 12	5	41,67	2	16,67	4	33,33	1	8,33
2007 – 11	4	36,36	2	18,18	5	45,46	-	-
2008 – 14	5	35,71	3	21,43	5	35,71	1	7,15
2009 – 19	7	36,84	4	21,05	7	36,84	1	5,27

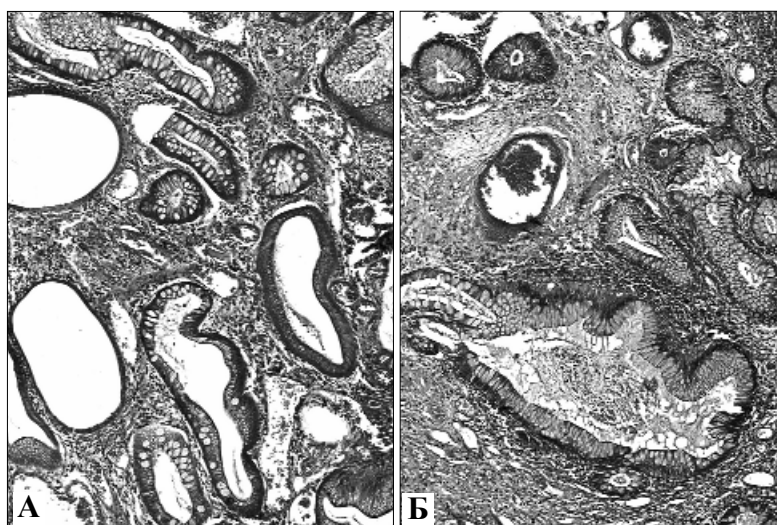


Рис. 1. Ювенільний поліп. Наявність залоз з циліндричним епітелієм та кістозно розширених залоз (А) та розширених залоз, у просвіті яких слиз з лейкоцитами (Б). Мікропрепарати. Забарвлення гематоксилином і еозином. Зб. 200^х.

тів. У більшості поліпів у стромі виявляється вогнищевий ангіоматоз; судини зазвичай розширені, переповнені кров'ю. Майже у всіх поліпах на поверхні спостерігали ділянки виразкування, інколи з розростанням грануляційної тканини. За даними літератури (Л.И.Аруин и др., 1988), в ювенільних поліпах можуть виявлятися ділянки аденоматозної будови, проте в нашому дослідженні таких випадків не було.

Гіперпластичні поліпи трапляються рідше, ніж ювенільні, переважно у дітей 12-18 років. Мікроскопічно в них спостерігається подовження крипт з помірним розширенням їх просвіту; епітелій на стінках крипт зі складками або виступами, що місцями надають криптам зірчастого вигляду (рис. 2, А). Л.И.Аруин и др. (1988) вважають, що гіперпластичні поліпи не мають неопластичного потенціалу, однак дані

про виникнення дисплазії епітелію в гіперпластичних поліпах можуть свідчити про можливість їх малігнізації. У 3 випадках ми спостерігали так звані грануляційні поліпи. В одному випадку грануляційний поліп взятий з ділянки сформованого анастомозу ТК (рис. 2, Б), у 2 – при виразковому коліті.

Аденоми ТК діагностували переважно у пацієнтів віком 14-18 років. Спостерігали 2 випадки тубулярної аденоми (аденоматозний поліп), побудованої із залоз, вистелених циліндричним епітелієм з гіперхромними ядрами (рис. 3). Папілярно-тубулярні аденоми, які складаються із залозистого і ворсинчастого компонентів, діагностовано в 4 випадках (рис. 4). Папілярну аденому діагностовано у трьох пацієнтів (рис. 5, А).

Більшість аденом (Л.И.Аруин и др., 1988) має різний ступінь дисплазії залоз. Дисплазію визна-

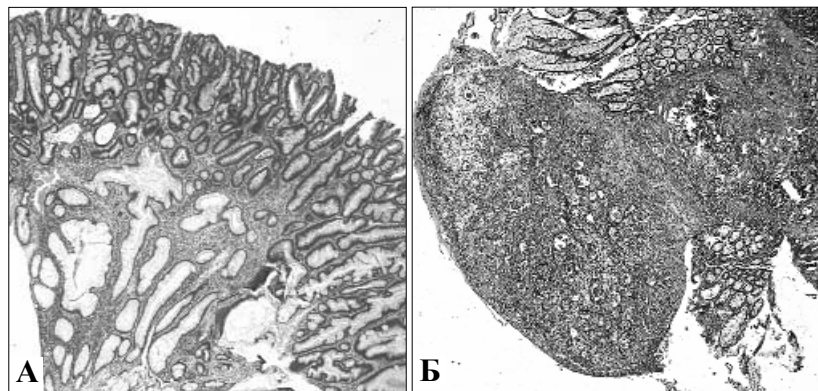


Рис. 2. Гіперпластичний (А) та грануляційний (Б) поліпи товстої кишки. Мікропрепарати. Забарвлення гематоксиліном і еозином. Зб. 70^x.



Рис. 3. Аденоматозний поліп товстої кишки. Мікропрепарат. Забарвлення гематоксиліном і еозином. Зб. 100^x.

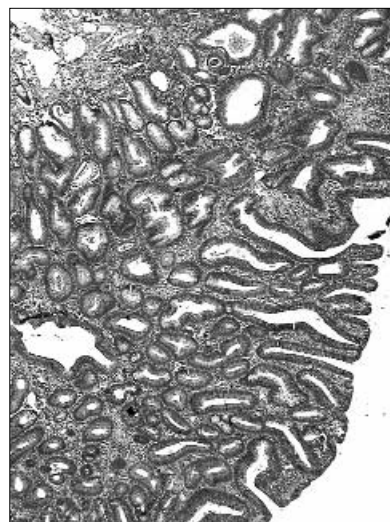


Рис. 4. Папілярно-тубулярна аденома товстої кишки. Мікропрепарат. Забарвлення гематоксиліном і еозином. Зб. 100^x.

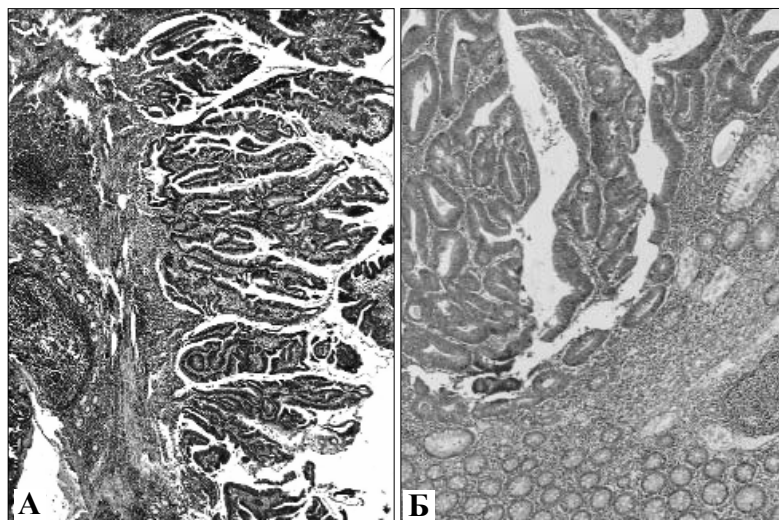


Рис. 5. Папілярна аденома товстої кишки (А) та аденома з малігнізацією (Б). Мікропрепарати. Забарвлення гематоксиліном і еозином. Зб. 100^x.

чають як порушення диференціювання епітелію передракового характеру в результаті проліферації камбіальних елементів з розвитком їх атипії, втратою полярності і порушенням гістологічної структури, без інвазії базальної мембрани. Існує залежність між ступенем дисплазії аденом і частотою виникнення раку. Критерієм малігнізації вважається проростання окремих епітеліальних комплексів у власну м'язову мембрану слизової оболонки або крізь неї у власну підслизову основу. Ми спостерігали один випадок малігнізації аденоми у 16-річного пацієнта (рис. 5, Б).

Висновки та перспективи подальших досліджень. 1. Ретроспективний аналіз результатів колонобіопсій за період 2005-2009 рр. свідчить про тенденцію до зростання кількості поліпів товстої кишки у дітей. 2. Частіше трапляються ювенільні поліпи, які мають схильність до виразкування і виникнення кровотеч, рідше – тубулярні та папілярні аденоми, які мають потенційний ризик малігнізації. 3. Перспективним вважаємо вивчення пато- і морфогенезу поліпів товстої кишки у дітей з позицій актуальності проблеми як для дитячої хірургії, так і онкології.

Література

1. Захараиш М.П. Скрининг предракowych состояний и рака толстой кишки: метод. реком. / Захараиш М.П., Харченко Н.В., Музыка С.В. – К.: Медицина, 2006. – 23 с.
2. Предопухолевые изменения слизистой оболочки желудка: морфологические аспекты изучения биопсийного материала / Д.С.Мельченко, Г.В.Белова, Д.В.Сазонов, А.А.Будзинский // *Клин. эндоск.* – 2008. – № 3. – С. 38-45.
3. Пойда О.І. Поліпи та поліпоз товстої кишки / О.І.Пойда // *Здор. України.* – 2009. – № 12. – С. 60-61.
4. Bond J.H. Colon Polyps and Cancer / J.H.Bond // *Endoscopy.* – 2003. – Vol. 35. – P. 27-35.

ПОЛИПЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ КОЛОНОБИОПСИЙ (2005-2009 гг.)

Резюме. Анализ результатов колонобиопсий у детей за период 2005-2009 гг. выявил тенденцию к росту количества полипов толстой кишки. Превалируют ювенильные полипы, имеющие склонность к изъязвлению и кровотечениям, а также аденомы, имеющие потенциальный риск малигнизации.

Ключевые слова: колонобиопсии у детей, ювенильные полипы, аденомы.

COLONIC POLYPS IN A PEDIATRIC CONTINGENT BASED ON THE DATA OF COLONIC BIOPSIES (2005-2009)

Abstract. An analysis of the results of colonobiopsies in children over the period from 2005 to 2009 has revealed a tendency towards an increase of the number of colonic polyps. Juvenile polyps are prevalent among them, having a predisposition to ulceration and hemorrhages, as well as adenomas, having a potential risk of malignancy.

Key words: kolonobiopsy in children, juvenile polyps, adenomas.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi), State Pathology Centre of Ukraine (Khmelnitskyi)

Надійшла 11.03.2010 р.

Рецензент – проф. Я.Я.Боднар (Тернопіль)