

О.І. Бойко, П.Й. Дудаш

## Імплантаційні кератин-гранульоми товстої кишки у новонародженої дівчинки з гастрошизисом

Львівське обласне патологоанатомічне бюро

**Ключові слова:** кератин-гранульоми, субсерозний шар, товста кишка.

Проаналізовано автопсійний випадок новонародженої дитини з вродженою вадою передньої черевної стінки – гастрошизисом. При патоморфологічному дослідженні в субсерозному шарі товстої кишки виявлено гранульоми, утворені поодинокими лімфоцитами, елементами навколоплідних вод, оточені фібринозними нашаруваннями.

### Имплантационные кератин-гранулемы толстой кишки у новорожденной девочки с гастрошизисом

О.И. Бойко, П.Й. Дудаш

Проанализирован автопсийный случай новорожденного с врожденным пороком передней брюшной стенки – гастрошизисом. При патоморфологическом исследовании в субсерозном слое толстой кишки обнаружены гранулемы, образованные умеренным количеством лимфоцитов, элементами околоплодных вод, окруженные фибринозными наслоениями.

**Ключевые слова:** кератин-гранулемы, субсерозный слой, толстая кишка.**Патология.** – 2012. – №3 (26). – С. 133–134

### Implant keratin granulomas of the colon in a newborn girl with gastroschisis

O.I. Boiko, P.Y. Dudash

The article presents the autopsy case of a newborn child with a congenital defect of anterior abdominal wall – gastroschisis. Histopathological examination revealed granulomas in the subserous layer of the colon, composed of moderate number of lymphocytes, elements of amniotic fluid, surrounded by fibrinogenous thickening.

**Key words:** keratin granulomas, subserous layer, colon.**Pathologia.** 2012; №3 (26): 133–134

Гранулематозне запалення в субсерозному шарі товстої кишки викликають як ендогенні, так і екзогенні фактори, що в свою чергу, можуть бути інфекційного та неінфекційного походження. До екзогенних факторів належать біологічні (бактерії, гриби, найпростіші, гельмінти), органічні та неорганічні речовини (крохмаль, тальк), ліки. Ендогенними факторами є продукти пошкоджених тканин, особливо жирової. Проаналізовано імплантаційні кератин-гранульоми у брижі товстої кишки новонародженої дівчинки з вродженою вадою розвитку передньої черевної стінки – гастрошизисом, що у доступних джерелах наукової літератури не описано.

#### Мета роботи

Патоморфологічний аналіз гранулом, виявлених у брижі товстої кишки новонародженої дитини з гастрошизисом.

#### Матеріали і методи дослідження

Матеріал (товсту кишку з прилеглою брижею) досліджували гістологічно, застосовуючи стандартну методику обробки тканин, з виготовлених парафінових блоків робили зрізи 5–7 мкм завтовшки, які фарбували гематоксилін-еозинном. Використовували гістохімічні методики фарбування: PAS-реакцію та реакцію пікриновий-червоний-синій на визначення давності утворення фібрину.

#### Наводимо клінічний випадок

Дитина жіночої статі, народжена від II вагітності, I пологів у терміні гестації 37–38 тижнів від жінки з обтяженим акушерським анамнезом (самовільним викиднем у терміні 7–8 тижнів). При ультрасонографічному дослідженні на 21–22 тижні гестації вперше виявлено

вроджену ваду розвитку передньої черевної стінки – гастрошизис. Під час пологів мав місце тривалий безводний період – 13 год 25 хв, навколоплідні води були забруднені меконієм. Дитина народилась у важкому стані з нетугим одноразовим обвиттям пуповиною довкола ший. Реанімаційні заходи при народженні не виконували. Через 2 год дитину переведено у відділення реанімації новонароджених дітей Львівської обласної дитячої клінічної лікарні «ОХМАТДИТ». На другу добу життя проведено оперативне втручання: «Ліквідація евентрації кишечника, пластика передньої черевної стінки за Шустером». Стан після операції залишався важким, наростали ознаки поліорганної недостатності. На фоні виснаження вітальних функцій смерть наступила на 5 добу життя.

На автопсії: спільна брижа тонкої та товстої кишок, поділ на які візуально не визначався. Корінь брижі прикріплювався вертикально по серединній лінії тіла. Брижа – тьмяна, з численними жовто-коричневими та світло-зеленими еластичними ниткоподібними нашаруваннями, вогнищевими округлими темно-червоними ділянками діаметром від 0,5 до 0,7 см. Просвіт тонкої кишки на всій довжині дилатований до 2,0 см, стінка його потовщена до 0,3–0,4 см. Слизова оболонка темно-рожева, тьмяна, набрякла, складки відсутні. У просвіті – жовто-зелені рідкі маси. Просвіт товстої кишки на всій довжині дилатований до 3,5 см, стінка її потовщена до 0,4 см. Слизова оболонка темно-вишнева, тьмяна, набрякла, складки відсутні. У просвіті – темно-зелені в'язкі маси.

При гістологічному дослідженні в субсерозному шарі товстої кишки виявлено численні гранульоми (рис. 1, 2, 3), центр яких представлений елементами навколоплідних вод (лусками, лануго, грудками меконію), з периферійною слабковираженою лімфоцитарно-макрофагальною інфільтрацією, домішкою плазматичних клітин, нейтрофілів і фібробластів. Окремі зріліші гранульоми склерозовані та гіалінізовані, з поодинокими лімфоцитами (рис. 4). На вісцеральній очеревині в зонах розташування цих гранулом наявні депозити фібрину (рис. 2). Крім цього, в субсерозному шарі товстої кишки за межами зазначених ділянок спостерігали виражену інфільтрацію нейтрофілами, розростання грануляційної тканини (рис. 1).

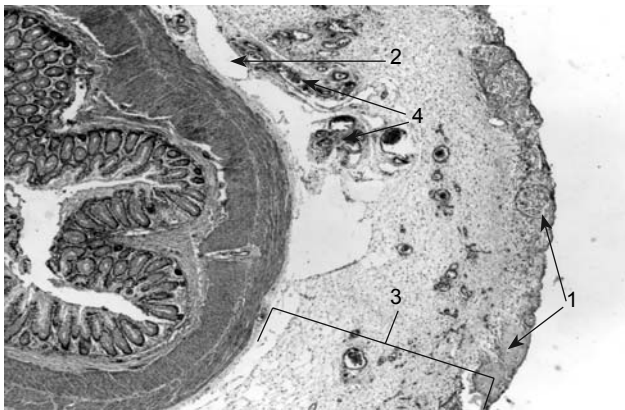


Рис. 1. Імплантаційні кератин-гранульоми товстої кишки: 1 – субсерозні кератин-гранульоми; 2 – лімфангіектазії; 3 – виражений набряк субсерозного шару; 4 – грануляційна тканина. Забарвлення гематоксилином і еозином. Зб.  $\times 40$ .

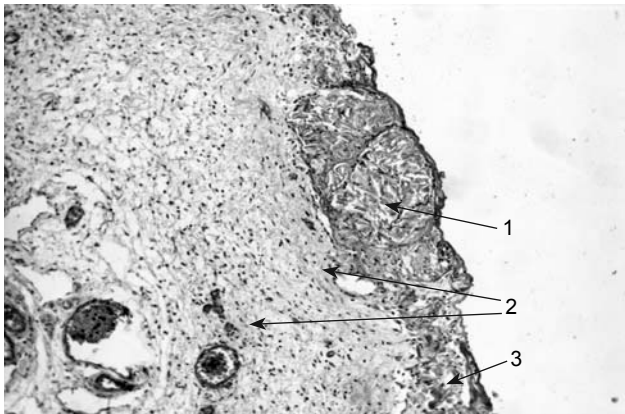


Рис. 2. Більше збільшення імплантаційної кератин-гранульоми: 1 – імплантаційна кератин-гранульома; 2 – слабковиражена лімфоцитарно-макрофагальна інфільтрація; 3 – депозити фібрину. Забарвлення гематоксилином і еозином. Зб.  $\times 100$ .

Результати гістохімічного дослідження: PAS-реакція негативна. Реакція пікриновий-червоний-синій – на шарування фібрину на брижі сіро-голубого забарвлення (давністю більше 48 год).

#### Висновки

1. Вперше виявлено імплантаційні кератин-гранульоми субсерозного шару товстої кишки, сформовані з елемен-

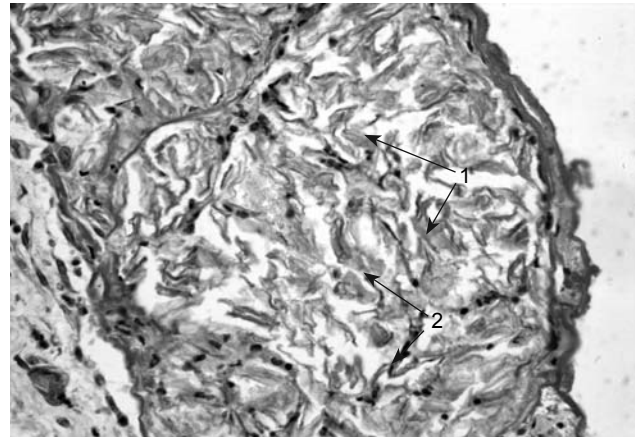


Рис. 3. Найбільше збільшення імплантаційної кератин-гранульоми: 1 – луски; 2 – лануго. Забарвлення гематоксилином і еозином. Зб.  $\times 400$ .

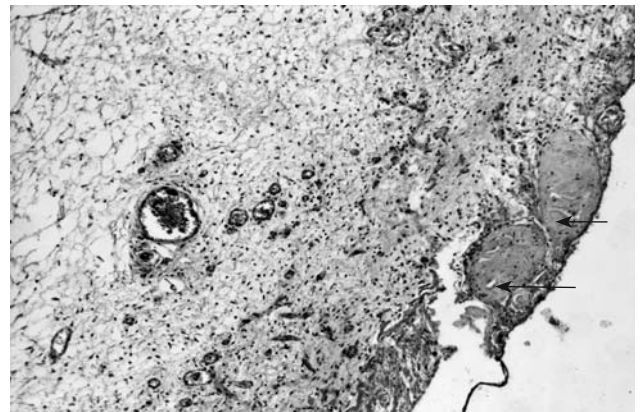


Рис. 4. Склерозовані та гіалінізовані гранульоми товстої кишки (позначені стрілками). Забарвлення гематоксилином і еозином. Зб.  $\times 100$ .

тів навколоплідних вод (лусок, лануго, грудок меконію), оточених макрофагами, фібробластами, лімфоцитами з домішкою плазматичних клітин, нейтрофілів і фібробластів.

2. Передумовою для їх розвитку є вроджена вада передньої черевної стінки – гастрошизис, під час якої відбувся тривалий контакт елементів навколоплідних вод з вісцеральним мезотелієм.

3. Період виникнення – внутрішньоутробний, про що свідчать розвиток грануляційної тканини в субсерозному шарі товстої кишки, склероз та гіалінізація окремих гранулом.

#### Список літератури

1. Gupta C.R. Inflammatory pseudotumor of the omentum: an uncommon pediatric tumor / Gupta C.R., Mohta A., Hurana N., Paik S. // Indian J Pathol Microbiol. – 2009. – Vol. 52 (2). – P. 219–221.
2. Juaneda I. Granulomatous peritonitis due to the starch used in surgical gloves / Juaneda I., Moser F., Eynard H., Diller A., Caeiro E. // Medicina (B Aires). – 2008. – Vol. 68(3). – P. 222–224.
3. Kalliakmanis V. A retained foreign body in the peritoneal cavity causing intestinal obstruction by intraluminal migration / Kalliakmanis V., Pikoulis E., Hitos A., Karavokyros IG, Gougoudi E., Leppaniemi A. // Zentralbl Chir – 2007. – Vol. 132 (1). – P. 70–72.
4. Navarro O.M. Soft tissue masses in children / Navarro O.M. // Radiol Clin North Am. – 2011. – Vol. 49 (6). – P. 1235–1259.

#### Відомості про авторів:

Бойко О.І., лікар-патологоанатом дитячий, Львівське обласне патологоанатомічне бюро, Дитяча патологоанатомічна лабораторія.  
Дудаш П.Й., зав. Дитячою патологоанатомічною лабораторією, Львівське обласне патологоанатомічне бюро.

Надійшла в редакцію 25.09.2012 р.