

<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-230-10-224-228>

Гетеротопия тканей печени в нижней трети пищевода*

Стяжкина С.Н.², Кирьянов Н.А.^{1,2}, Бажина Ю.С.², Гайнетдинова И.И.²

¹ БУЗ УР «Республиканское патологоанатомическое бюро МЗ УР», (Ижевск, Россия)

² ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, (Ижевск, Россия)

Для цитирования: Стяжкина С.Н., Кирьянов Н.А., Бажина Ю.С., Гайнетдинова И.И. Гетеротопия тканей печени в нижней трети пищевода. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2024;(10): 224–228. doi: 10.31146/1682-8658-ecg-230-10-224-228

✉ Для переписки:

Стяжкина

Светлана

Николаевна

interessent.4

@gmail.com

Стяжкина Светлана Николаевна, д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии

Кирьянов Николай Александрович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии

Бажина Юлия Сергеевна, студентка

Гайнетдинова Инна Ирековна, студентка

Резюме

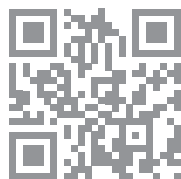
В статье представлен уникальный клинический случай гетеротопии тканей печени в нижней трети пищевода. Больной 35 лет, поступил в хирургическое отделение ГKB с картиной желудочно-кишечного кровотечения, что было расценено как кровотечение из варикозно расширенных вен нижней трети пищевода. Для остановки кровотечения больному установлен зонд Блэкмора, что привело к уменьшению кровопотери. Однако развитие постгеморрагической анемии не было остановлено (падение уровня гемоглобина со 104 г/л до 50 г/л), состояние больного продолжало ухудшаться и на следующий день была констатирована биологическая смерть.

На вскрытии обнаружено объемное образование в нижней трети пищевода, которое после гистологического исследования было расценено как гетеротопия ткани печени в нижнюю треть пищевода с некрозом. Это явилось источником кровотечения с развитием постгеморрагической анемии, а впоследствии причиной смерти.

Ключевые слова: гетеротопия, хирургия, печень, нижняя треть пищевода, кровотечение

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

EDN: TFWQXA



Heterotopy of liver tissues in the lower third of the esophagus*

S.N. Styazhkina², N.A. Kiryanov^{1,2}, Yu.S. Bazhina², I.I. Gainetdinova²

¹ Republican Pathoanatomical Bureau of the Ministry of Health of UR, (Izhevsk, Russia)

² Izhevsk State Medical Academy, (Izhevsk, Russia)

For citation: Styazhkina S.N., Kiryanov N.A., Bazhina Yu.S., Gainetdinova I.I. Heterotopy of liver tissues in the lower third of the esophagus. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2024;(10): 224–228. (In Russ.) doi: 10.31146/1682-8658-ecg-230-10-224-228

✉ Corresponding

author:

Svetlana N.

Styazhkina

interessent.4

@gmail.com

Svetlana N. Styazhkina, MD, Professor of the Department of Faculty Surgery; ORCID: 0000–0001–5787–8269

Nikolay A. Kiryanov, MD, Professor, Head of the Department of Pathological Anatomy; ORCID: 0000–0001–6944–2083

Yulia S. Bazhina, student; ORCID: 0000–0003–3477–1447

Inna I. Gainetdinova, student; ORCID: 0000–0002–9226–9546

Summary

The article presents a unique clinical case of heterotopy of liver tissues in the lower third of the esophagus. A 35-year-old patient was admitted to the surgical department of the GKB with a picture of gastrointestinal bleeding, which was regarded as bleeding from varicose veins of the lower third of the esophagus. To stop the bleeding, a Blackmore probe was installed in the patient, which led to a decrease in blood loss. However, the development of posthemorrhagic anemia was not stopped

* Иллюстрации к статье – на цветной вклейке в журнал (стр. II).

Illustrations to the article are on the colored inset of the Journal (p. II).

(a drop in hemoglobin levels from 104 g/l to 70 g/l), the patient's condition continued to deteriorate and biological death was pronounced the next day. The autopsy revealed a bulky formation in the lower third of the esophagus, which, after histological examination, was regarded as a heterotopy of liver tissue into the lower third of the esophagus with necrosis. This was the source of bleeding with the development of posthemorrhagic anemia, and subsequently the cause of death.

Keywords: heterotopia, surgery, liver, lower third of the esophagus, bleeding

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Введение

Гетеротопия тканей в нижней трети пищевода – это редкое заболевание, которое характеризуется наличием аномальных тканей в стенке пищевода ниже уровня кардии. Это состояние может быть асимптоматичным, или проявляться различными симптомами, такими как дисфагия, отрыжка, боли в груди и другие.

На сегодняшний день в литературе существует недостаточно данных о причинах и механизмах образования гетеротопий тканей в нижней трети пищевода, что ограничивает возможности эффективного лечения этого заболевания. Однако проводятся дальнейшие исследования с целью выяснения возможных факторов, влияющих на развитие гетеротопий и разработки новых методов лечения данного заболевания.

Существует несколько теорий о происхождении гетеротопических тканей в нижней трети пищевода. Одна из них предполагает, что это может быть следствием врожденного дефекта в развитии тканей пищевода во время эмбрионального периода. Другие ученые считают, что гетеротопия может возникнуть вследствие хронического воздействия раздражающих факторов на стенку пищевода, таких как рефлюкс кислоты из желудка.

В последние годы было проведено много исследований по этой теме. Одно из них, опубликованное в журнале «Gastroenterology», представило данные о клинических и эндоскопических характеристиках гетеротопии тканей в нижней трети пищевода у пациентов с различными заболеваниями пищевода. Исследование показало, что гетеротопия чаще встречается у пациентов с эзофагитом и Барреттом. Также было выявлено,

что у пациентов с гетеротопией чаще наблюдается дисфагия и другие симптомы, связанные с заболеваниями пищевода.

Важным аспектом в лечении гетеротопии тканей пищевода является дифференциальная диагностика с другими заболеваниями, такими как опухоли пищевода, ахалазия и рефлюкс-эзофагит. Для этого проводятся эндоскопические исследования, компьютерная томография и биопсия образований.

Другое исследование, опубликованное в журнале «Journal of Gastroenterology and Hepatology», обсудило возможные методы лечения гетеротопии тканей в нижней трети пищевода. Авторы работы рассмотрели различные подходы к лечению этого заболевания, включая эндоскопическую резекцию, абляцию радиочастотными волнами и хирургическое удаление аномальных тканей. Исследование показало, что эндоскопическая резекция является эффективным методом лечения гетеротопии и может быть предпочтительным в случае отсутствия осложнений.

Однако не все исследования приходят к однозначным выводам относительно лечения гетеротопии тканей в нижней трети пищевода. Некоторые авторы отмечают, что данное заболевание может быть асимптоматичным и не требовать специфического лечения, за исключением регулярного наблюдения у врача. Также есть данные о возможности возникновения осложнений, таких как стеноз пищевода, кровотечения и даже злокачественной дегенерации гетеротопических тканей.

Это подчеркивает важность дальнейших исследований по данной теме и разработки более эффективных методов диагностики и лечения

Клиническое наблюдение

Пациент С., 35 лет 16.10.2023 г. экстренно госпитализирован в хирургическое отделение ГКБ на стационарное лечение с диагнозом: Варикозное расширение вен пищевода. Состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение тяжелой степени, геморрагический шок 1 ст, алкогольный абстинентный синдром.

При поступлении предъявлял жалобы на выраженную общую слабость, сухость во рту, головокружение, рвоту кровью темного цвета, стул черного цвета.

Болеет с 16.10.23 когда после приема алкоголя (в течение 2-х недель), возникли вышеописанные

жалобы. БСМП доставлен в приемный покой дежурной хирургии ГКБ.

Объективный статус:

Состояние тяжелое, заторможен, на вопросы отвечает односложно, положение на лежачей каталке. Кожные покровы и склеры бледные. Лицо испачкано следами крови. Система дыхания: дыхание жесткое, проводится по всем отделам, выслушиваются хрипы, ЧДД 22 в минуту. Система кровообращения: тоны сердца притушены, ритмичные, пульс 90 ударов в минуту. АД 100 / 60 мм. рт. ст. Пищеварительная система: язык сухой, обложен коричневым налетом, живот мягкий, участвует

в акте дыхания, при пальпации болезненный в эпигастриальной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные, кишечная перистальтика выслушивается вялая. Печень по краю реберной

дуги; селезенка не пальпируется. Система мочевыведения: симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Температура 36,4 °С. Индекс Альговера – 0,9.

Развитие заболевания

Больным считает себя в течение последних 5 лет. Отмечал эпизоды кровотечения, кровохарканья, боли в правом подреберье. В связи с хроническим алкоголизмом не обследовался.

Нынешнее ухудшение состояния наступило 11.10.2023 г. В последние 2 недели до этого запойно употреблял алкоголь.

16.10.2023 г. экстренно госпитализирован в хирургическое отделение ГKB на стационарное лечение с диагнозом: Варикозное расширение вен пищевода. Состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение тяжелой степени, геморрагический шок 1 ст, алкогольный абстинентный синдром. Для остановки кровотечения больному установлен зонд Блэкмора, что привело к уменьшению кровопотери. Однако развитие постгеморрагической анемии не было остановлено (падение уровня гемоглобина с 104 г/л до 50 г/л), состояние больного продолжало ухудшаться.

При продолжающемся кровотечении, полиорганной недостаточности картина развивалась катастрофически быстро, в связи с чем были проведены лишь некоторые инструментальные и лабораторные исследования.

16.10.2023 г. ФГДС:

Пищевод. Свободно проходим. В просвете темная застойная жидкость. Слизистая гиперемирована и покрыта фибринозным налетом, в просвет выбухают варикозно расширенные вены, занимают в нижней трети до 80% просвета пищевода, с «красными маркерами» Z-линия не видна, слизистая желудка проскальзывает в пищевод при рвотных движениях.

Желудок. Обычной формы, при нагнетании воздуха расправляется плохо, спазмирован. В просвете среднее количество мутной темной жидкости. Угол желудка обычной формы, перистальтика умеренная, слизистая вымазана содержимым желудка. Рельеф складок не виден. Антральный отдел: соответствует общей картине. Привратник: обычной формы, зияет, расположен типично. Луковица 12 ПК: обычной формы, слизистая не видна, в просвете желудочное содержимое.

Заключение: ВРВП 3–4 ст, состоявшееся кровотечение, высокая готовность к кровотечению.

16.10.2023 г. ПАК

Эритроциты – $2,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 104 г/л, Лейкоциты – $6,4 \times 10^9$ /л.

16.10.2023 г. Биохимический анализ крови:

прямой билирубин – 1,7 мкмоль/л, АСТ – 330 ед/л, АЛТ – 67 ед/л, мочевины – 28,5 ммоль/л, креатинин – 245,0 ммоль/л, глюкоза – 11,3 ммоль/л.

16.10.2023 г. Развёрнута коагулограмма

АЧТВ – 28,6 сек, фибриноген – 5,2 г/л, МНО – 1,2 Ед.

16.10.2023 г. Определение уровня электролитов в крови

Уровень Na – 102,3 ммоль/л, К – 3,46 ммоль/л, Cl – 52,1 ммоль/л.

17.10.2023 г. ПАК

Эритроциты – $2,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 50 г/л, Лейкоциты – $6,2 \times 10^9$ /л.

17.10.2023г, 19:30- Развёрнута коагулограмма

АЧТВ – 44,8 сек, фибриноген – 5,0 г/л, МНО – 1,14 Ед.

17.10.2023г, 19:30- Определение уровня электролитов в крови

Уровень Na – 118,3 ммоль/л, К – 3,92 ммоль/л, Cl – 71,2 ммоль/л.

Проведенное лечение: инфузионная, гемостатическая, антисекреторная терапия, зонд Блэкмора. При проведении интенсивной терапии нарастание сердечно-легочной недостаточности. Реанимационные мероприятия без эффекта. 17.10.2023г 20:50 констатирована смерть.

19.10.2023 г. Патолого-анатомическое вскрытие

Органы пищеварения: Язык покрыт серым налетом, сосочки без особенностей. Небные миндалины: не увеличены.

Пищевод: проходим, складчатость сохранена, слизистая синюшная с точечными кровоизлияниями, в просвете темно-красное жидкое содержимое, зонд Блэкмора. В нижней трети пищевода выпячивание темно-синего цвета размером 4х4 см.

Желудок: содержит небольшое количество темно-красной жидкости. Слизистая его складчатая, темно-красного.

Кишка: 12-перстная кишка с темно-коричневым жидким содержимым, слизистая ее складчатая. Из фатерова соска при надавливании на желчный пузырь вытекает желчь. Тонкая: серозная оболочка гладкая, блестящая, серо-розового цвета, без содержимого, толстая: серозная оболочка гладкая, блестящая, серо-розового цвета, без содержимого.

Печень: размеры 28х20х8х13х5 см, масса 1960 гр, форма сохранена. консистенция: плотная, упругая, окраска: желтая, характер поверхности – гладкая, цвет на разрезе коричневый с желтыми пятнами.

Желчный пузырь: эластичный, плотный, размеры 9х5х4 см, в просвете большое количество желчи темно-зеленого цвета, стенка не утолщена, эластичная, бархатистая. Внепеченочные желчные протоки проходимы.

Поджелудочная железа: размеры 8х3х2 см, масса не измерялась, консистенция: плотная, серо-желтого цвета, рисунок ткани на разрезе: дольчатый.

Для гистологического исследования взяты:

Ткань выпячивания в нижней трети пищевода – на фоне обширных очагов некроза видны островки гепатоцитов, фрагменты желчных протоков (рис. 1 – на вклейке в журнал).

Лёгкие – Выраженное полнокровие вен, и сосудов микроциркуляторного русла, мелкоочаговые и единичные скопления эритроцитов в межальвеолярных

перегородках, просвете альвеол. В просвете части альвеол серозная жидкость с большим количеством сегментоядерных нейтрофилов. Стенка бронхов утолщена за счёт разрастания соединительной ткани, лимфоцитарной инфильтрации.

Головной мозг – Выраженное полнокровие кровеносных сосудов, преимущественно вен и венул, стаз эритроцитов в сосудах микроциркуляторного русла. Резко выраженный периваскулярный, перичеселлюлярный отёк. Нейроны с дистрофическими изменениями: зернистой цитоплазмой.

Почки – Выраженное полнокровие в венозных сосудах, почечных артериях. Строма отёчная. Строение почечных клубочков сохранено, единичные склерозированы. Субтотальный некронефроз проксимальных извитых канальцев.

Селезенка – выраженное полнокровие красной пульпы. Лимфоидные узелки атрофичны без деления на зоны. Стенки центральных артерий фолликулов утолщены за счет выраженного склероза и гиалиноза. Капсула утолщена за счет склероза и гиалиноза.

Поджелудочная железа – Экзокринная часть – дольчатое строение сохранено, между дольками выраженное разрастание соединительной ткани, жировой ткани – междольковый липоматоз.

Перидуктальный склероз. Эндокринная часть представлена островками Лангерганса обычного строения.

Сердце – Венозное полнокровие сосудов. Просвет коронарных артерий не сужен. Периваскулярный кардиосклероз.

Печень – Полнокровие центральных вен и синусоидов. Балочно-радиальное строение печёчных долек не нарушено. В портальных трактах умеренная лимфоцитарная инфильтрация. Диффузная жировая крупно- и мелкокапельная дистрофия гепатоцитов.

Патологоанатомический диагноз (окончательный):

Основное заболевание: Врожденная аномалия пищевода (гетеротопия тканей печени в нижней трети пищевода).

Осложнение: Кровотечение из нижней трети пищевода. Постгеморрагическая анемия (уровень гемоглобина от 17.10.2023 года 18:45 70 г/л). Отек головного мозга. Нижнедолевая левосторонняя гнойная бронхопневмония.

Сопутствующий: Хронический бронхит вне обострения. Хронический индуративный панкреатит. Гиалиноз селезенки. Диффузная крупно- и мелкокапельная жировая дистрофия гепатоцитов.

Заключение

Таким образом, клинический случай гетеротопии клеток печени в нижней трети пищевода представляет собой редкое заболевание, которое может вызывать различные симптомы и осложнения, такие как кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода. Диагностика этого состояния требует комплексного подхода

с применением различных методов обследования, включая эндоскопию, биопсию и образовательное исследование.

Важно раннее выявление и адекватное лечение гетеротопии клеток печени в нижней трети пищевода для предотвращения осложнений и улучшения прогноза пациента.

Литература | References

- Anurova OA, Arkhiri PP, Mazurenko NN. Clinical recommendations for the diagnosis, treatment and monitoring of gastrointestinal stromal tumors (GISTO). Moscow, 2020. 24. М. (in Russ.)
Анурова О.А., Архири П.П., Мазуренко Н.Н. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и наблюдению гастроинтестинальных стромальных опухолей (ГИСО). Москва, 2020. 24. М.
- Karpenko OV, Silin AV, Chaplin IA. Heterotopy of tissues in the esophagus: clinical manifestations and treatment approaches. *Surgery. The journal named after N.I. Pirogov*. 2020; (8): 57–62. (in Russ.)
Карпенко О.В., Силин А.В., Чалин И.А. Гетеротопия тканей в пищеводе: клинические проявления и подходы к лечению. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2020; (8): 57–62.
- Vinokurova LV, Goloborodova TV, Maksimov AV. Morphological characteristics of heterotopy of tissues in the lower third of the esophagus. *Medicine and Education in Siberia*. 2018; (4): 27–30. (in Russ.)
Винокурова Л.В., Голобородкова Т.В., Максимов А.В. Морфологическая характеристика гетеротопии тканей в нижней трети пищевода. Медицина и Образование в Сибири. 2018; (4): 27–30.
- Simonov N.M., Kulaga V. Ya., Chesnokov A.S. Heterotopy of tissues in the lower third of the esophagus: clinical aspects and principles of treatment. *Proceedings of the Kursk State Medical University*. 2017; 0(3): 112–116. (in Russ.)
Симонов Н.М., Кулага В.Я., Чесноков А.С. Гетеротопия тканей в нижней трети пищевода: клинические аспекты и принципы лечения. Труды Курского Государственного Медицинского Университета. 2017; 0(3): 112–116.
- Gordeev PP, Korotaeva NV, Borisova EI. Modern aspects of the diagnosis and treatment of heterotopy of tissues in the esophagus. *Journal of Surgery*. 2019; 11(2): 64–69. (in Russ.)
Гордеев П.П., Коротаева Н.В., Борисова Е.И. Современные аспекты диагностики и лечения гетеротопии тканей в пищеводе. Журнал хирургии. 2019; 11(2): 64–69.
- Nikolaev D.A., Grigorieva ES, Tikhonova IM. Morphological features of heterotopy of tissues in the lower esophagus in patients of different ages. *Bulletin of the Russian Medical Academy of Postgraduate Education*. 2016; 19(2): 67–71. (in Russ.)
Николаев Д.А., Григорьева Е.С., Тихонова И.М. Особенности морфологии гетеротопии тканей

- в нижнем отделе пищевода у пациентов разного возраста. Вестник Российской медицинской академии последипломного образования. 2016; 19(2): 67–71.
7. Cherepov A.B., Moskalchuk I.P., Bodyagin D.V. Heterotopy of tissues in the lower esophagus: problems of diagnosis and treatment. *Zabaikalsky Medical Journal*. 2018; (1): 78–82. (in Russ.)
- Черепов А.Б., Москальчук И.П., Бодягин Д.В. Гетеротопия тканей в нижнем отделе пищевода: проблемы диагностики и лечения. Забайкальский медицинский журнал. 2018; (1): 78–82.
8. Pavlov B.I., Sukhorebrov A.E., Tsyba V.V. Comparative characteristics of heterotopy of esophageal tissues in patients with various somatic diseases. *Journal of Clinical Medicine*. 2019; 7(3): 45–49. (in Russ.)
- Павлов Б.И., Сухоребров А.Е., Цыба В.В. Сравнительная характеристика гетеротопии тканей пищевода у пациентов с различными соматическими заболеваниями. Журнал клинической медицины. 2019; 7(3): 45–49.
9. Belyakova M.M., Fedorov D.I., Zubkova A.M. The role of tissue heterotopy in the development of complications in diseases of the lower third of the esophagus. *Gastroenterology*. 2017; 9(4): 102–107. (in Russ.)
- Белякова М.М., Федоров Д.И., Зубкова А.М. Роль гетеротопии тканей в развитии осложнений при заболеваниях нижней трети пищевода. Гастроэнтерология. 2017; 9(4): 102–107.
10. Kovalev A.P., Davydova E.S., Larionova I.A. Diagnosis and treatment of tissue heterotopia in the esophagus: modern approaches. *Russian Medical Journal*. 2018; 24(1): 33–38. (in Russ.)
- Ковалев А.П., Давыдова Е.С., Ларионова И.А. Диагностика и лечение гетеротопии тканей в пищеводе: современные подходы. Российский медицинский журнал. 2018; 24(1): 33–38.

К статье

Гетеротопия тканей печени в нижней трети пищевода (стр. 224–228)

To article

Heterotopy of liver tissues in the lower third of the esophagus (p. 224–228)

Рисунок 1. Морфологическая картина гетеротопии печени в стенку пищевода:
а – микропрепарат; в собственной мышечной пластинке и подслизистом слое – структуры гепатоцитов. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 200$;
б – микропрепарат: островки гепатоцитов с фрагментами желчных протоков. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 400$

Figure 1. Morphological picture of liver heterotopy into the esophageal wall:
a – micropreparation; in its own muscle plate and submucosal layer – structures of hepatocytes. Staining with hematoxylin and eosin, $\times 200$;
b – micropreparation: islets of hepatocytes with fragments of bile ducts. Staining with hematoxylin and eosin, $\times 400$

