

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.62–002
© Коллектив авторов, 2022

В.Н. Дубровин^{1,2}, А.В. Егошин¹, А.Ю. Зуев¹,
Г.М. Хасанова³, Е.И. Копыльцов⁴, О.В. Леонов⁴

КИШЕЧНАЯ МЕТАПЛАЗИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. ДВА СХОДНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯ РЕДКОЙ ПАТОЛОГИИ

¹ГБУ РМЭ «Республиканская клиническая больница», г. Йошкар-Ола

²ФГОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Казань

³ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

⁴БУЗОО «Клинический онкологический диспансер», г. Омск

Кишечная метаплазия (КМ) мочевого пузыря является редким доброкачественным заболеванием. По характеру клинических проявлений и результатам лучевых и эндоскопических методов обследования данное заболевание требует дифференциации с железистым циститом и опухолями мочевого пузыря. Трансуретральная резекция мочевого пузыря является основным методом лечения.

В статье приведены два клинических случая заболевания КМ пациентов 54 и 57 лет, обследованных по поводу подозрения на опухоль мочевого пузыря. Этим пациентам была выполнена трансуретральная резекция мочевого пузыря с последующими гистологическим и иммуногистохимическим исследованиями.

Представленные клинические наблюдения подчеркивают необычную макроскопическую картину при трансуретральной резекции в виде обильного выделения слизеобразного содержимого из участков мочевого пузыря, пораженного КМ.

Ключевые слова: заболевания мочевого пузыря, кишечная метаплазия, трансуретральная резекция.

V.N. Dubrovin, A.V. Egoshin, A.U. Zuev,
G.M. Khasanova, E.I. Kopyltsov, O.V. Leonov

INTESTINAL METAPLASIA OF THE BLADDER. TWO SIMILAR CLINICAL CASES OF A RARE PATHOLOGY

Intestinal metaplasia of the bladder is a rare benign disease of the bladder, according to the nature of clinical manifestations and the results of radiation and endoscopic methods of examination, the disease requires differential diagnosis with glandular cystitis and tumors of the bladder. Transurethral resection of the bladder is the main method of treatment. The article presents two clinical cases of intestinal metaplasia disease in patients 54 and 57 years old, examined for suspected bladder tumor, who underwent transurethral resection of the bladder, followed by histological and immunohistochemical studies. The presented clinical observations emphasize an unusual macroscopic picture during transurethral resection in the form of an abundant discharge of mucosal-like contents from the areas of the bladder affected by intestinal metaplasia.

Key words: bladder diseases, intestinal metaplasia, transurethral resection.

Кишечная метаплазия (КМ) мочевого пузыря является редким доброкачественным заболеванием, которое проявляется образованием кистозных полостей в стенке мочевого пузыря. При микроскопическом исследовании КМ в слизистой оболочке мочевого пузыря среди уротелия обнаруживает скопление бокаловидных клеток, морфологически похожих на слизистую оболочку кишечника, обильно секретирующих слизь, напоминающую кишечную. Патогенез КМ неясен, изучается заболевание как предшественник злокачественной опухоли мочевого пузыря. Заболевание может проявляться дизурическими расстройствами, гематурией при обследовании, в котором значительную роль играют ультразвуковое исследование (УЗИ), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) и цистоскопия. Опухолевидное образование стенки мочевого пузыря требует дифференциации с раком мочевого пузыря [1].

Мы приводим два случая кишечной метаплазии мочевого пузыря у мужчин 54 и 57 лет со сходной клинической картиной. Оба пациента были госпитализированы с жалобами на гематурию, учащенное, умеренно затрудненное мочеиспускание, ночное мочеиспускание 2 – 3 раза за ночь. Ранее пациенты получали лечение по поводу хронического цистита. При изучении анамнеза отягощенной наследственности, других патологических состояний обнаружено не было. Лабораторные исследования проводились по стандартной методике, включающей общие анализы крови, мочи, исследование остаточного азота, мочевины, креатинина крови, коагулограммы, ультразвукового исследования (УЗИ) органов мочевыводящей системы, предстательной железы, мочевого пузыря с определением остаточной мочи. Полученные результаты лабораторных исследований у обоих пациентов не выявили отклонений от нормальных показателей. Пациентам

была выполнена урофлоуметрия (УФМ), максимальная скорость потока мочи (Q_{max}) составила у первого пациента 13,1 мл/с, у второго – 16,3 мл/с, общее время мочеиспускания у первого и второго соответственно – 26 и 30 с., объем мочеиспускания – 265 и 290 мл. При УЗИ обнаружены в первом случае простата объемом 28 см³, остаточная моча в мочевом пузыре в объеме 32 мл, во втором случае объем простаты – 32 см³, остаточная моча – 25 мл. При УЗИ мочевого пузыря у первого пациента обнаружена опухоль мочевого пузыря, содержащая кистозные структуры, расположенная в области треугольника Льео, размерами 3,5 – 2,0 см, у второго пациента обнаружена кистозная опухоль размерами 2,0 – 2,0 см. При фиброуретроцистоскопии у обоих пациентов обнаружены опухолевидные инфильтративные образования в области треугольника Льео размерами 3,5 – 2,0 см и 2,0 – 2,0 см соответственно, выступающие в просвет мочевого пузыря с отеком слизистой без деформации устьев мочеточников. Проведена магнитно-резонансная томография (Siemens Magnetom Essenza 1,5T) органов малого таза в трех проекциях, срезами 3 – 4 мм с внутривенным болюсным контрастированием гедовистом в дозе 7,5 мг, выполнены импульсные исследования T1, T2, fat sat, DWI, при которых в первом случае обнаружено опухолевидное образование в области шейки мочевого пузыря размером 3,5 – 2,8 – 2,0 см, во втором образование 2,0 – 1,8 – 2,2 см кистозного характера неоднородной структуры с признаками нарушения диффузии и неомогенного накопления контраста, связи опухолевого образования с предстательной железой не обнаружено (рис. 1).

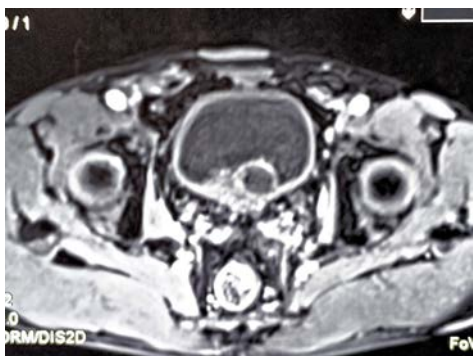


Рис. 1. Компьютерная томограмма пациента с кишечной метаплазией мочевого пузыря. Определяется кистозное опухолевидное образование мочевого пузыря

Обоим пациентам по поводу подозрения на опухоль мочевого пузыря под перидуральной анестезией проведено оперативное лечение – трансуретральная резекция мочевого пузыря с использованием биполярного резектоскопа K.Storz 26 III. с постоянной ирри-

гацией физиологического раствора. Стенки образования были иссечены и направлены на гистологическое исследование. Характерной особенностью данной операции в обоих случаях явилось то, что при рассечении петель резектоскопа слизистой мочевого пузыря над опухолевидным образованием вскрылась полость, заполненная большим количеством слизеобразного содержимого белого цвета вязкой консистенции с волокнистыми включениями (рис. 2).



Рис. 2. Выделение слизеобразного содержимого при вскрытии кистозной полости стенки мочевого пузыря при кишечной метаплазии

Установлен уретральный катетер Фолея. Длительность катетеризации мочевого пузыря после операции составила 2 дня в обоих случаях, после удаления уретрального катетера у обоих пациентов восстановлено самостоятельное мочеиспускание, длительность госпитализации в обоих случаях составила по 5 койко-дней, осложнений после операции не наблюдали.

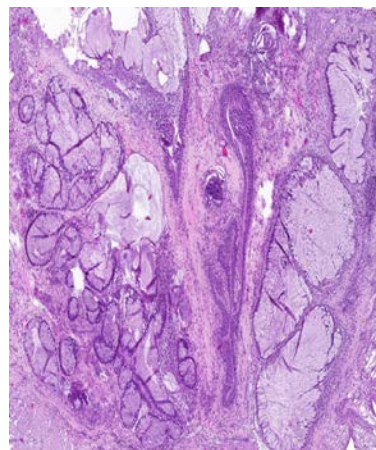


Рис. 3. Слизистая оболочка мочевого пузыря со скоплением высоких столбчатых и бокаловидных клеток с заметной продукцией муцина, напоминающих эпителий толстой кишки. Окр. гематоксилином и эозином. Ув. ×500

Гистологическое исследование удаленного материала проводили с окраской гематоксилином и эозином, изучена иммуногистохимическая реакция с антителами к Mucin2, CDX2, CK20. При гистологическом

исследовании у пациентов обнаружена картина хронического цистита с кишечной метаплазией слизистой оболочки мочевого пузыря, наблюдались скопления высоких столбчатых и бокаловидных клеток с заметной про-

дукцией муцина, напоминающих эпителий толстой кишки (см. рис. 3).

При проведении иммуногистохимической реакции отмечена позитивная реакция на CDX2, CK20, MUC2 (рис. 4).

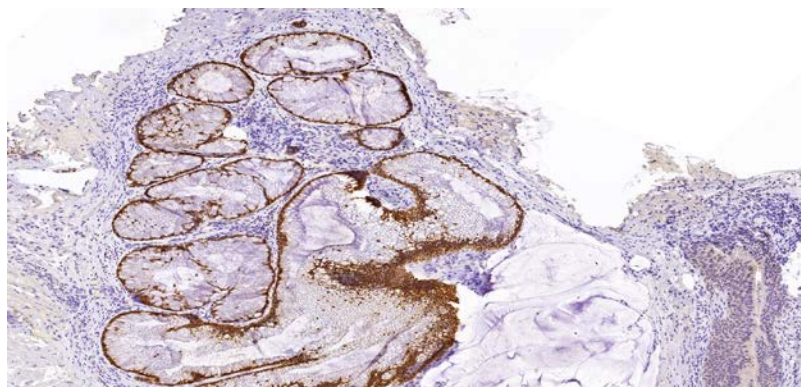


Рис. 4. Слизистая мочевого пузыря. Положительная ядерная реакция с антителами CDX2. Иммуногистохимическая реакция с антителами к CDX2 Ув. ×500

При контрольном обследовании, включающем общие анализы крови, мочи, УЗИ органов мочевыводящей системы, УФМ, цистоскопию через 3, 6, 12 месяцев, признаков рецидива заболевания не обнаружено.

Обсуждение

В мочевом пузыре могут быть обнаружены различные типы кистозных поражений стенки мочевого пузыря, которые представляют существенную диагностическую проблему, так как они могут быть как доброкачественными, так и злокачественными. К заболеваниям с низким предраковым потенциалом относятся пролиферативные изменения в слизистой оболочке мочевого пузыря, которые расцениваются как железистый цистит, представляющий собой метапластическое изменение уротелия мочевого пузыря, которое вызывается хроническим воспалением или раздражением слизистой оболочки мочевого пузыря и может встречаться в виде типичного железистого цистита и КМ мочевого пузыря. Типичный железистый цистит характеризуется наличием полых структур в собственной пластинке, имеющих внутреннюю выстилку из столбчатых и кубических клеток, ограниченных клетками переходного эпителия [2].

Кишечная метаплазия возникает в том случае, когда в эпителии появляются бокаловидные клетки кишечного типа, вкрапленные среди столбчатых клеток, что морфологически напоминает слизистую оболочку толстого кишечника. При КМ в выстилающем эпителии полых структурах собственной пластинки имеется большое количество муцинсекретирующих бокаловидных клеток. Гистологическое сходство КМ и железисто-кистозного цистита заключается в обнаружении упорядо-

ченного расположения желез, в отсутствии атипии клеток инвазии окружающей ткани [3,4].

Оба подтипа заболевания редко могут сосуществовать, обычно преобладает какой-либо один, КМ встречается значительно реже по сравнению с типичным железистым циститом. Вероятно, это связано с тем, что кишечная метаплазия мочевого пузыря и типичный железистый цистит имеют разные иммуногистохимические характеристики. Для подавляющего количества случаев КМ в отличие от типичного железистого цистита характерна экспрессия CDX2, CK20, положительная реакция на муцин толстой кишки MUC2, в то время как клетки железистого цистита являются более уротелиальными с экспрессией CK7 и содержат муцин MUC1. Обычно выявить образование муцина в микрополостях слизистой мочевого пузыря при КМ можно при исследовании под микроскопом, но в редких случаях образуется большое количество муцина, напоминающего кишечную слизь, видимую при эндоскопическом исследовании при вскрытии кистозных полостей слизистой мочевого пузыря [5,6,7].

Кишечная метаплазия мочевого пузыря является крайне редким доброкачественным заболеванием, клинические признаки которого сходны с другими опухолями мочевого пузыря. Макроскопически очаги КМ выглядят как инфильтративная опухоль стенки мочевого пузыря, которую можно найти в любом месте мочевого пузыря, но в 75% случаев она встречается в области шейки мочевого пузыря и треугольника Льюто [8]. Заболеваемость КМ составляет 0,1–0,9% среди всех пациентов с опухолями мочевого пузыря. Одним из ос-

новных симптомов данного заболевания является гематурия, что при обнаружении опухолевидного образования в мочевом пузыре требует дифференциальной диагностики с раком мочевого пузыря. При клиническом исследовании, посвященном КМ, изучено 89 случаев заболевания КМ, при которой гематурия встречалась в 82% случаев. Это заболевание чаще встречается у мужчин в возрасте старше 50 лет [9].

Большинство исследователей считает, что причиной заболевания являются сопутствующие состояния, предрасполагающие к застою мочи и хронической инфекции, которые могут встречаться у пациентов старшей возрастной группы в связи с наличием симптомов доброкачественной гиперплазии предстательной железы [10].

Роль КМ в развитии злокачественной опухоли мочевого пузыря остается неясной. В 1958 г. опубликовано первое сообщение о КМ, как о предраковом заболевании [11]. Однако Cogica F. с соавт. при клиническом наблюдении 53 случаев КМ в течение 10 лет выяснил, что это заболевание не приводит к развитию аденокарциномы мочевого пузыря [12]. Xin Z. с соавт. (2016) проанализировали 89 случаев КМ с изучением отдаленных результатов и установили, что рак мочевого пузыря развился лишь у 1 больного, причем неясно было ли это следствием КМ или самостоятельным заболеванием [7]. По мнению Ковылиной М.С. КМ и рак мочевого пузыря могут находиться рядом в слизистой оболочке

мочевого пузыря, но не являться взаимосвязанными [13]. В литературе всего несколько случаев карциномы, возникающей после КМ [14].

В наших случаях характерным признаком КМ во время операции оказалось наличие крупных кистозных образований в стенке мочевого пузыря, заполненных необычным мукозозидным содержимым, напоминающим кишечную слизь. В гистологической диагностике важную роль сыграло иммуногистохимическое исследование на CDX2, CK20, MUC2.

Таким образом, КМ – это редкое заболевание, которое встречается чаще у мужчин с хронической инфекцией мочевыводящих путей. КМ редко является предшественником злокачественного новообразования, однако по внешним признакам при эндоскопическом исследовании его трудно отличить от опухоли мочевого пузыря. Одним из признаков КМ являются обнаружение лучевыми методами исследования полостей в опухолевом образовании и наличие в них своеобразного слизеобразного содержимого с волокнистыми компонентами при проведении трансуретральной резекции. Иммуногистохимическое исследование позволяет подтвердить наличие редкой урологической патологии. Данное заболевание мало изучено. Несмотря на то, что его прогрессирование в онкологическое заболевание встречается редко, подобные случаи требуют наблюдения и эндоскопического контроля.

Сведения об авторах статьи:

Дубровин Василий Николаевич – д.м.н., профессор кафедры семейной медицины ФГОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, заведующий урологическим отделением ГБУ Республики Марий Эл «Республиканская клиническая больница». Адрес: 424037, г. Йошкар-Ола, ул. Осипенко, 33. E-mail: vndubrovin@mail.ru. ORCID: 0000-0001-5579-554x.

Егошин Александр Вячеславович – врач урологического отделения ГБУ Республики Марий Эл «Республиканская клиническая больница». Адрес: 424037, г. Йошкар-Ола, ул. Осипенко, 33.

Зуев Артем Юрьевич – заведующий патанатомическим отделением ГБУ Республики Марий Эл «Республиканская клиническая больница». Адрес: 424037, г. Йошкар-Ола, ул. Осипенко, 33. ORCID: 0000-0002-9685-0709.

Хасанова Гузель Миргасимовна – д.м.н., профессор кафедры и инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел.: 8(8472)50-18-88. E-mail: Human-Ecology@yandex.ru. ORCID: 0000-0001-7255-5302.

Копыльцов Евгений Иванович – к.м.н., доцент, заведующий урологическим отделением БУЗОО «Клинический онкологический диспансер», г. Омск. Адрес: г. Омск. Ул. Завертяева, 9/1. E-mail: kopyltsov_evgen@mail.ru. ORCID: 000000003-3165-9118.

Леонов Олег Владимирович – д.м.н., доцент, заместитель главного врача по медицинской части БУЗОО «Клинический онкологический диспансер», г. Омск. Адрес: г. Омск. Ул. Завертяева, 9/1. ORCID: 0001-6667-7135.

ЛИТЕРАТУРА

1. Glandular lesions of the urinary bladder: Clinical significance and differential diagnosis / Williamson S. R. [et al.] // Histopathology. - 2011. - 58(6):811 - 34.
2. Divergent pathway of intestinal metaplasia and cystitis glandularis of the urinary bladder / Sung M.[et al.] // Modern Pathology. - 2006. - 19(11):1395-401.
3. Mucinous metaplasia in urothelial tract may be the precancerous lesion of mucinous adenocarcinoma: report of two cases and review of literature / Zhang B-Y. [et al.] // Int J Clin Exp Med. - 2014. - 7:P.285-9.
4. Figler B.D. Intestinal Metaplasia of the Bladder / Figler B.D., Elder J.S., MacLennan G.T. // J. Urol. - 2006. - 175:P.1119-1126.
5. Nuclear p53 expression is associated with allelic imbalance (TP53) in glandular dysplasia and typical cystitis glandularis: A LCM-based molecular analysis / Srivastava S. [et al.] // Clinical Genitourinary Cancer. - 2012. - 10(1):P.57-59.
6. Immunohisto-chemical expression of CK20, p53, and Ki-67 as objective markers of urothelial dysplasia / Mallofre C. [et al.] // Mod. Pathol. - 2003. - 16:P.187-191.
7. Clouston D. Metaplastic conditions of the bladder / Clouston D., Lawrentschuk N. // BJU Int. - 2013. - 112, Suppl. 2: P.27-31.

8. Intestinal metaplasia of the bladder in 89 patients: A study with emphasis on long-term outcome / Xin Z. [et al.] // BMC Urol.- 2016. - 16:P.24 - 30.
9. Cystitis glandularis and adenocarcinoma of the bladder / Susmano D. [et al.] // J. Urol. - 1971. - 105:P.671-74.
10. Premalignant lesions of the urinary bladder / Samaratunga H. [et al.] // Pathology. - 2013. - 45(3):P.243-50.
11. Shaw J.L. Transition of cystitis glandularis to primary adenocarcinoma of the bladder / Shaw J.L., Gislason G.J., Imbriglia J. // E.J. Urol. - 1958. - 79:P.815-22.
12. Intestinal metaplasia is not a strong risk factor for bladder cancer: study of 53 cases with long-term follow-up / Corica F.A.[et al.] // Urology. - 1997. - 50:P.427-31.
13. Кистозный и железистый цистит: корреляция с уротелиальным раком мочевого пузыря / Ковылина М.В.[с соавт.] // Онкоурология. - 2015. - 4(11). - С.51-53.
14. Gordetsky J. Intestinal metaplasia of the bladder with dysplasia: a risk factor for carcinoma? /Gordetsky J., Epstein J.I. // Histopathology. - 2015. - 67:P.325-30.

REFERENCES

1. Williamson S. R. et al. Glandular lesions of the urinary bladder: Clinical significance and differential diagnosis //Histopathology. 2011; 58(6):811 - 34.
2. Sung M.et al. Divergent pathway of intestinal metaplasia and cystitis glandularis of the urinary bladder // Modern Pathology. 2006; 19(11):1395-401.
3. Zhang B-Y. et al Mucinous metaplasia in urothelial tract may be the precancerous lesion of mucinous adenocarcinoma: report of two cases and review of literature // Int J Clin Exp Med. 2014;(7):P.285-9.
4. Figler B.D., Elder J.S., MacLennan G.T. Intestinal Metaplasia of the Bladder // J Urol. 2006; 175:P.1119-1126.
5. Srivastava S. et al. Nuclear p53 expression is associated with allelic imbalance (TP53) in glandular dysplasia and typical cystitis glandularis: A LCM-based molecular analysis// Clinical Genitourinary Cancer. 2012; 10(1): 57-59.
6. Mallofre C. et al. Immunohisto-chemical expression of CK20, p53, and Ki-67 as objective markers of urothelial dysplasia //Mod Pathol. 2003;16:P.187-191.
7. Clouston D., Lawrentschuk N. Metaplastic conditions of the bladder // BJU Int. 2013; 112(2): 27-31.
8. Intestinal metaplasia of the bladder in 89 patients: A study with emphasis on long-term outcome / Xin Z. [et al.] // BMC Urol.2016; 16: 24 - 30.
9. Susmano D. et al. Cystitis glandularis and adenocarcinoma of the bladder // J. Urol. 1971; 105: 671-74.
10. Samaratunga H. et al. Premalignant lesions of the urinary bladder // Pathology. - 2013; 45(3):243-50.
11. Shaw J.L., Gislason G.J., Imbriglia J. Transition of cystitis glandularis to primary adenocarcinoma of the bladder // E.J. Urol. 1958; 79:815-22.
12. Corica F.A.et al. Intestinal metaplasia is not a strong risk factor for bladder cancer: study of 53 cases with long-term follow-up // Urology. 1997; 50: 427-31.
13. Kovylyina M.V. et al. Cystitis cystica and cystitis glandularis: its relationship to the development of urothelial bladder cancer // Cancer Urology. 2015; 11(4): 51-53. (In Russ.).
14. Gordetsky J., Epstein J.I. Intestinal metaplasia of the bladder with dysplasia: a risk factor for carcinoma? // Histopathology. 2015; 67:325-30.

УДК 616.132-007.64-007.251-089.168.1-06-089

© Коллектив авторов, 2022

М.Ш. Кашаев, И.М. Карамова, Т.З. Утяшев, И.Х. Ишмухаметов,
Ф.Ф. Фархутдинов, Р.Ф. Фаттахов, И.Н. Хабибов, А.А. Земскова,
Р.М. Сахаутдинов, А.Е. Соловейчик, Э.И. Миргалеев, Ю.Д. Минсафина
**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ РАЗОРВАННОЙ
АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ И ЛЕВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ АРТЕРИИ
В КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. УФЫ**
ГБУЗ РБ «Клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Уфа

В статье описан случай успешного хирургического лечения разорванной аневризмы аорты и левой подвздошной артерии с множеством послеоперационных осложнений в условиях многопрофильного стационара. Пациент вернулся к трудовой деятельности, проходимость наложенного шунта подтверждена результатами контрольного ультразвукового обследования, проведенного через 6 месяцев после выписки из стационара.

Ключевые слова: аневризма аорты, аневризма подвздошных артерий, разорванная аневризма аорты, послеоперационные осложнения.

M.Sh. Kashaev, I.M. Karamova, T.Z. Utyashev, I.Kh. Ishmukhametov,
F.F. Farkhutdinov, R.F. Fattakhov, I.N. Khabibov, A.A. Zemskova,
R.M. Sakhautdinov, A.E. Soloveychik, E.I. Mirgaleev, Yu.D. Minsafina
**A CLINICAL CASE OF TREATMENT OF A RUPTURED ANEURYSM
OF THE AORTIC AND LEFT ILIAC ARTERY
IN UFA CLINICAL EMERGENCY HOSPITAL**

The article describes a successful case of surgical treatment of a ruptured aneurysm of the aorta and left iliac artery with many postoperative complications in a multidisciplinary hospital. The patient returned to work, the patency of the imposed shunt is confirmed by the results of the control ultrasound examination performed 6 months after discharge from the hospital.

Key words: aneurysm of the aorta and iliac arteries, ruptured aortic aneurysm, postoperative complications.