

ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ТОНКОЙ КИШКИ

Семионкин Е.И.*¹, Куликов Е.П.¹,
Мерцалов А.С.¹, Копейкин А.А.¹,
Луканин Р.В.², Рахмаев Т.С.²,
Брагина И.Ю.², Куликова Ю.Е.³

DOI: 10.25881/20728255_2023_18_3_159

¹ ФГБОУ ВО «Рязанский государственный
медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова», Рязань

² ГБУ РО «Областная клиническая
больница», Рязань

³ ГБУ РО «Областной клинический
онкологический диспансер», Рязань

Резюме. Цель исследования. Показать на клинических примерах возможность трансабдоминального УЗИ современным эхосканером и квалифицированным специалистом диагностировать опухоли тонкой кишки.

Пациенты и методы. Приведены 4 клинических случаев диагностики опухолей тонкой кишки у пациенток 71 года, 68 лет и у пациента 61 года и 81 лет методом трансабдоминального ультразвукового исследования с подтверждением в первом и четвертом случаях хирургической операцией по срочным показаниям, в виду кровотечения и гистологическим исследованием; во втором случае КТ брюшной полости, хирургической операцией по отсроченным показаниям, в виду кровотечения и гистологическим исследованием; в третьем случае диагноз подтвержден рентгеновской КТ брюшной полости, капсульной видеоэнтероскопией, хирургической операцией, гистологическим исследованием. В первом случае эпителиоидно веретеноклеточный вариант ГИСО g3; во втором случае эпителиоидно веретеноклеточный вариант ГИСО g2; в третьем индолентная В-клеточная неходжгинская лимфома; в четвертом ГИСО веретеноклеточный вариант.

Результаты. Трансабдоминальное УЗИ информативно для диагностики опухолей тонкой кишки.

Заключение. Трансабдоминальное УЗИ является малоинвазивным доступным и эффективным методом диагностики опухолей тонкой кишки при использовании современной аппаратуры и проведения исследования квалифицированным специалистом.

Ключевые слова: опухоли тонкой кишки, ультразвуковая диагностика.

Актуальность

Опухоли тонкой кишки относятся к редким опухолям кишечника и выявляются в 1–3 случаях на 100 000 населения [1]. Диагностика их крайне трудна, так как отсутствуют специфические симптомы заболевания; используется капсульная видеоэнтероскопия, которая визуализирует области кишечника, недоступные для традиционных методов гастро и колоноскопии [2]. Она позволяет провести осмотр всех отделов ЖКТ по мере передвижения по нему капсулы с диагностической чувствительностью

TRANSABDOMINAL ULTRASONOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF TUMORS OF THE SMALL INTESTINE

Semionkin E.I.¹, Kulikov E.P.¹, Mercialov A.S.¹, Kopeikin A.A.¹, Lukanin R.V.²,
Rahmaev T.S.², Bragina I.Yu.², Kulikova Yu.E.³

¹ Ryazan state medical university, Ryazan

² Ryazan state clinical hospital, Ryazan

³ Ryazan stateclinical oncological dispensary, Ryazan

Abstract. Aim. The main aim in our study is: to show on clinical examples the possibility of transabdominal ultrasonography with a modern echo scanner and a qualified specialist of ultrasonography and their ability to diagnose tumors of the small intestine.

Patient and methods. There are 4 clinical cases of diagnosis of tumors of the small intestine: the first patient is 71 years old, the second patient is 68 years old, the third patient is 61 years old, and the fourth patient is 81 years old. Was used only transabdominal ultrasonography in all cases. At the first and fourth cases it was surgery operation with urgent indications, because there was bleeding. And it was histological examination of the removed tumor of small intestine. At the second case it was computed tomography of the abdominal cavity, surgery operation with delayed indications, because there was bleeding. And it was histological examination of the removed tumor of small intestine. At the third case was used x-ray computed tomography of the abdominal cavity, capsule videoenteroscopy, surgery operation, histological examination of the removed tumor of the small intestine, to confirm the diagnosis. At the first case there is epithelioid spindle cell variant of the HISO g3. At the second case there is epithelioid spindle cell variant of the HISO g2. At the third case there is indolent B-cell non-Hodgskins' lymphoma. At the fourth - spindle cell variant of the HISO.

Results. Transabdominal ultrasonography is informative for the diagnosis of tumors of the small intestine.

Conclusion. Transabdominal ultrasonography is a minimally invasive diagnostic method of diagnosis of small intestine's tumors. When we use only modern equipment and qualified specialists.

Keywords: tumors of small intestine, ultrasonography.

88% и специфичностью 98% таких заболеваний тонкой кишки, как болезнь Крона, иерсиниозный энтерит, дивертикулы, новообразования (полипы), гельминтозы [3]. Капсульная энтероскопия очень информативный метод, в то же время существенным недостатком ее является невозможность получения материала для гистологического исследования [4; 5].

Имеются данные, что УЗИ позволяет диагностировать опухоли тонкой кишки [2; 4; 6; 7]. Признаками опухоли тонкой кишки являются центральная локализация, наличие круговых складок

и активная перистальтика. В отличие от нее ободочная кишка характеризуется гетерогенным рисунком, формируемым гаустрами, выраженными линейными дуговыми скоплениями газа и реверберацией.

Материал и методы

Представляем четыре клинических наблюдения трансабдоминальной УЗ диагностики опухолей тонкой кишки. Исследование проводилось ведущим в клинике врачом УЗИ диагностики высшей квалификационной категории с

* e-mail: semionkin@list.ru

осмотром не только паренхиматозных органов, но и кишечника. Использовался эхосканер Logic-S7.

1. Больная Д., 71 года находилась в клинике на лечении с 24.05. по 06.06.2022 с клиническим диагнозом: гастроинтестинальная стромальная опухоль тонкой кишки, осложненная кишечными кровотечениями, анемия 3 степени. Сопутствующие заболевания: ИБС, СНЗ ФК, гипертоническая болезнь 3 стадии, 3 степени, риск 3, персистирующая рецидивирующая форма фибрилляций предсердий, ХСН 2 ст, ЦВБ, вследствие атеросклероза сосудов головного мозга, состояние после ОНМК.

Поступила в клинику экстренно в тяжелом состоянии с клиникой продолжающегося кишечного кровотечения. В анамнезе частые, рецидивирующие кишечные кровотечения, анемия. Проведено трансабдоминальное УЗИ брюшной полости, которое определило эхо признаки опухоли тонкой кишки — гипозоногенное образование слабо неоднородное с ровной капсулой (Рис. 1).

Эритроциты периферической крови $1,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 49 г/л, СОЭ 38 мм/час. Биохимия крови: общий белок 5,5 г/л, билирубин общий 10,6 мкмоль/л, мочевины 4,4 ммоль/л, креатинин 0,09 ммоль/л, глюкоза 6,8 ммоль/л. Проводились многократные трансфузии эритроцитарной массы, плазмы. После предоперационной подготовки 27.05.2022 г. под эндотрахеальным наркозом выполнена лапаротомия, резекция петли тонкой кишки с опухолью аппаратным швом, секторальная лимфодиссекция. Опухоль размерами $34 \times 34 \times 27$ мм в 80 см от связки Трейца. Гистологическое заключение №23030/40 от 28.05. гастроинтестинальная опухоль — выбухает на внешнюю поверхность, на разрезе серого цвета прорастает все слои до серозы эпителиоидно веретеноклеточный вариант ГИСО g3, по краям резекции роста опухолевого роста нет.

06.06.2022 выписана в удовлетворительном состоянии, эритроциты периферической крови $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 100 г/л. Рекомендована консультация онколога для определения дальнейшей тактики и постановки на учет.

2. Больная Л., 68 лет, находилась на стационарном лечении в 1-м хирургическом отделении клиники с 03.01 по 19.01.2023 г. Поступила с рецидивирующим кишечным кровотечением, общей слабости, стула черного цвета.

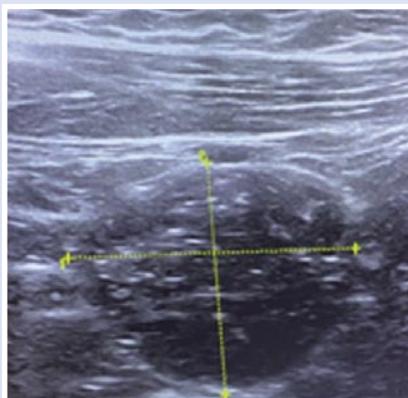


Рис. 1. УЗИ. Рядом с тонкой кишкой визуализируется гипозоногенное образование слабо неоднородное образование с ровной капсулой.

ОАК — эритроциты $3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 94 г/л, СОЭ 48 мм/час. Проведены: видео ЭФГДС — источника кровотечения не выявлено, атрофический гастрит; трансабдоминальное УЗИ брюшной полости — отмечается гипозоногенное образование $98 \times 5 \times 51$ мм, васкуляризовано, тесно прилежит к петле тонкой кишки. Заключение гастроинтестинальная опухоль тонкой кишки; РКТ брюшной полости — эхо картина опухоли тонкой кишки (более вероятно) или левого яичника.

Проводилась предоперационная подготовка с неоднократными переливаниями компонентов крови. 14.01.2023 г. по отсроченным показаниям проведена срединная лапаротомия, выявлена мягкотканная опухоль тощей кишки в 1,5 м от связки Трейца, произведена резекция кишки с анастомозом (Рис. 2). Послеоперационное течение без особенностей. Выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение онколога.

Гистологическое исследование препарата от 20.01.2023 г.: гастроинтестинальная опухоль тонкой кишки с четкой капсулой, с очаговыми кровоизлияниями, эпителиоидно веретеноклеточный вариант.

3. Больной А., 61 лет, находился в отделении гнойно-септической хирургии Рязанской областной клинической больницы с 07.11 по 21.11.2016 г. по поводу острого аппендицита, аппендикулярного инфильтрата с абсцедированием. В экстренном порядке 07.11.2016 г. проведено хирургическое лечение — вскрытие, дренирование полости абсцесса. Послеоперационное течение без особенностей. Выписан в удовлетворительном состоянии.



Рис. 2. Макропрепарат удаленной кишки.

30.01.2017 г. в клинике проведено трансабдоминальное УЗИ органов брюшной полости — выявлена гемангиома 13 мм правой доли печени по диафрагмальной поверхности, купол слепой кишки без видимой патологии, аппендикс четко не дифференцируется. В нижних отделах брюшной полости фрагмент тонкой кишки с опухолью около 5 см протяженностью.

3-е — УЗ картина опухоли тонкой кишки. Направлен на консультацию к онкологу.

Обследован в Рязанском областном клиническом онкодиспансере:

1. Спиральная высокоразрешающая РКТ с контрастированием омнипаком 300 мг — 100 мл в/в болюсно: выявлена опухоль тонкой кишки — по левому флангу брюшной полости отмечается участок тонкой кишки с циркулярным утолщением стенок и бугристым внутренним контуром на протяжении 56 мм прилежит к передней брюшной стенке в области мезогастрия. По ходу брыжейки до 15-ти узлов диаметром 5–8 мм. Заключение: S. заболевание тонкой кишки, мезентериальная лимфоаденопатия (Рис. 3).
2. Видео колоноскопия №4552 от 03.02.2017 г. органической патологии не выявлено.
3. ЭФГДС №9199 от 3.02.2017 заключение-гастродуоденит, деформация луковицы 12 перстной кишки, недостаточность кардии.
4. Капсульная эндовидеоскопия тонкой кишки от 09.02.2017 (Рис. 4).

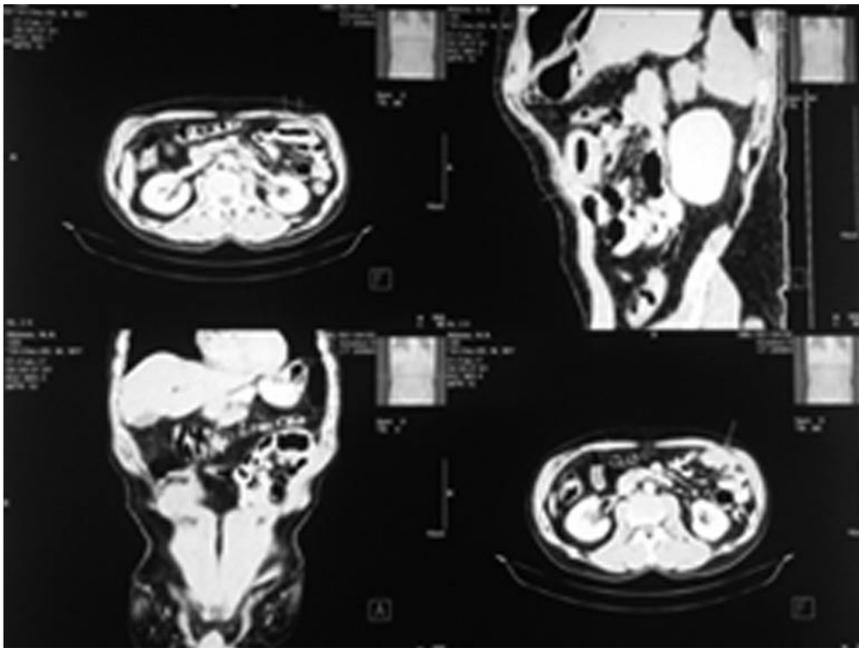


Рис. 3. КТ брюшной полости с контрастированием, опухоль тонкой кишки.



Рис. 4. А, Б — моменты регистрации эндоскопической капсулы пораженного участка тонкой кишки.



Рис. 5. Макропрепарат. А — участок удаленной кишки с опухолью. Б — опухоль на разрезе по длиннику кишки.

Госпитализирован в РООКД, где находился с 02.02 по 27.02.2017 г. Диагноз: неходжкинская лимфома IAE с поражением тощей кишки. Сопутствующее заболевание: гипертоническая болезнь 2 стадии, 2 степени, риск 2. 17.02. 2017 в плановом порядке выполнена лапаро-

томия, резекция тонкой кишки (Рис. 5), аппендэктомия.

Гистологическое исследование №7976-93 от 02.03.2017 — картина неходжкиской лимфомы тонкой кишки с инфильтрацией всей толщи стенки, очагами поражения по серозе. Лимфатиче-



Рис. 6. Гистологическое исследование: морфологическая картина соответствует НХЛ тонкой кишки с инфильтрацией всей толщи стенки, очагами поражения по серозе, лимфатические узлы и реактивными изменениями, по краю резекции опухолевого роста не выявлено. Проведено иммуногистохимическое (ИХГ) исследование с антителами к CD-20, CD-5, CD-3, CD2, циклину D-1 и Ki-67. Заключение ИХГ: индолентная В-клеточная неходжкиская лимфома, мукозоассоциированная (MALT), CD-20=+.

ские узлы с реактивными изменениями. По краю резекции опухолевого роста не выявлено (Рис. 6). Аппендикс обычного строения.

Послеоперационное течение без особенностей, выписан в удовлетворительном состоянии, рекомендована консультация химиотерапевта для решения вопроса о противоопухолевой химиотерапии.

Осмотрен химиотерапевтом, 06.04.2017 назначена противоопухолевая химиотерапия по схеме COP (винкристин, циклофосфан, преднизолон).

4. Больной Ч., 81 лет поступил в реанимационное отделение больницы за неврологическим отделением 02.02.2023. в тяжелом состоянии с ишемическим кардиоэмболическим инсультом в левом каротидном бассейне с моторной афазией без сознания. В анамнезе синдром Гийена-Барре — диагностирован 10 лет назад, трахеостома (выполнена год назад). Сопутствующие заболевания: ИБС, СНЗ ФК, гипертоническая болезнь 3 стадии, 3 степени, риск 3, персистирующая рецидивирующая форма фибрилляций предсердий, ХСН 3 ст, ЦВБ, атеросклероз, ожирение 2 стадии, сахарный диабет.

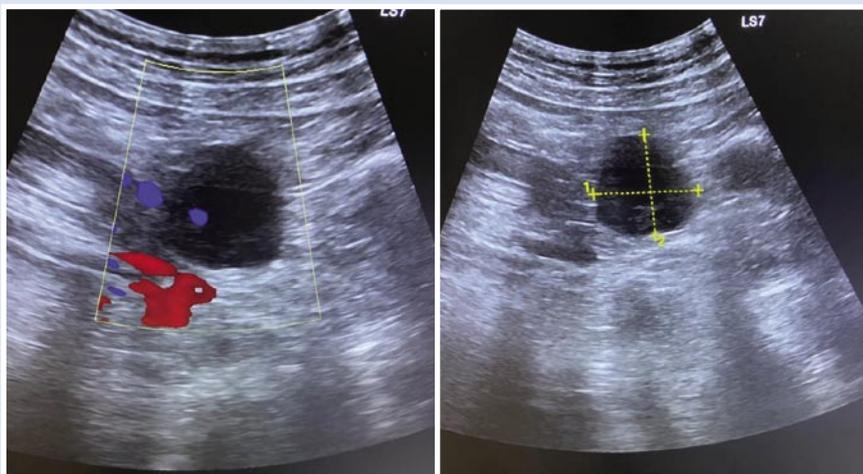


Рис. 7. УЗИ. В проекции тонкой кишки визуализируется гипозоногенное образование однородное с единичными локусами, с ровным контуром.



Рис. 8. Макропрепарат. Опухоль тонкой кишки.

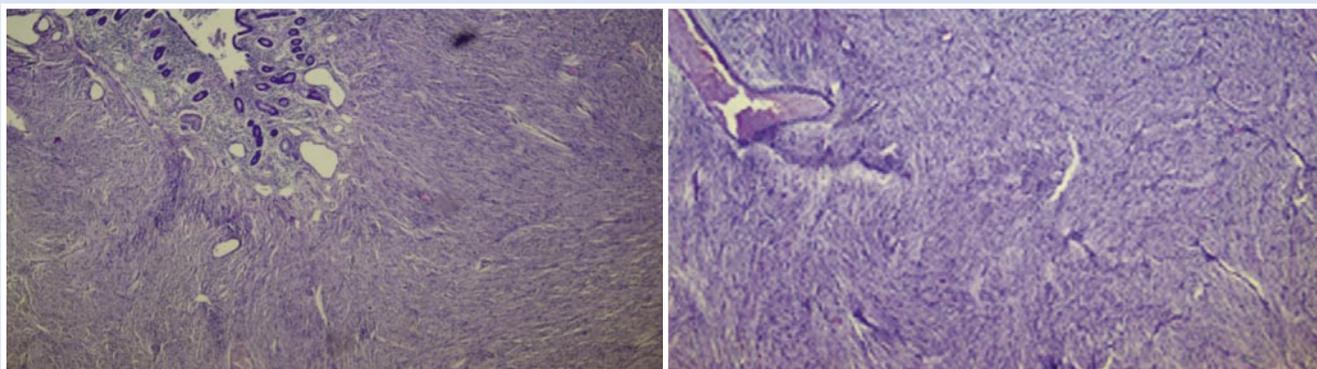


Рис. 9. Гистологическое исследование ГИСО, веретеноклеточный вариант.

С 20.02 у больного постоянные выделения алой крови из прямой кишки, проведена ЭФГДС — признаков кровотечения из верхних отделов ЖКТ не выявлено. ОАК эритроциты $2,56 \times 10^{12}/л$, НВ 68 г/л. Проводилась интенсивная заместительная терапия препаратами крови, без успеха. 21.02.2023 проведено трансабдоминальное УЗИ брюшной полости. В левом подреберье в проекции тонкой кишки гипозоногенное образование диаметром 35 мм с ровным контуром, однородное с единичными сосудистыми локусами (Рис. 7).

Экстренно прооперирован, произведена верхняя срединная лапаротомия, выявлена опухоль тощей кишки размерами 35×35 мм, на расстоянии 20 см от связки Трейтца. Произведена резекция кишки с опухолью (Рис. 8).

Гистологическое заключение от 01.03.2023 гастроинтестинальная опухоль веретеноклеточный вариант (доброкачественная опухоль) (Рис. 9).

Проводилось лечение в условиях АРО, состояние больного к 8-м суткам после операции резко улучшилось, пришел в сознание, дыхание самостоятельное, отключен от аппарата искусственной вентиляции. Со стороны органов брюшной полости — живот спокойный, стул, газы отходят. На 11 сутки переведен в отделение неврологии для лечения основной патологии.

Результаты и обсуждение

Клинически опухоли тонкой кишки ярко проявляются при достижении больших размеров высокой кишечной непроходимостью или кровотечениями. В наших наблюдениях все опухоли были размерами 30 мм и более, и проявлялись опасными для жизни кровотечениями, что потребовало экстренных и срочных операций. Полученные данные свидетельствуют о возможности применения трансабдоминального УЗИ для диагностики опухолей тонкой кишки при использова-

нии современных сканеров и при проведении исследования квалифицированными врачами УЗ диагностики, которые обучены проводить, не только исследование паренхиматозных органов, но и кишечника. Во всех наших случаях первично опухоль тонкой кишки была диагностирована трансабдоминальным УЗИ.

Заключение

Трансабдоминальное УЗИ должно стать методом первой линии для диагностики опухолей тонкой кишки, что особенно важно в экстренной патологии при острых заболеваниях органов брюшной полости.

Имеется настоятельная потребность введения в регламент и алгоритм обучения врачей УЗ диагностики обязательного осмотра кишечника.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Нейроэндокринные опухоли: руководство для врачей. Перевод с англ. -М.: Практическая медицина, 2010. — 224 с. [Nejroehndokrinnye opuholi: rukovodstvo dlya vrachej. Perevod s angl. M.: Prakticheskaya medicina, 2010. 224 p. (In Russ.)]
2. Сабельникова Е.А., Крумс Л.М. Особенности диагностики болезней тонкой кишки // Доказательная гастроэнтерология. — 2013. — №4. — С.39-43. [Sabel'nikova EA, Krums LM. Peculiarities of diagnostics of small intestine pathology. Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology. 2013; 4: 39-43. (In Russ.)]
3. Аكوпова А.О., Щербак П.Л., Парфёнов А.И., Михеева О.М. Значение капсульной эндоскопии в диагностике различных заболеваний тонкой кишки // Доктор.Ру.
4. Гастроэнтерология. — 2015. — №12(113). — С.26-30. [Akopova AO, Scherbakov PL, Parfenov AI, Miheeva OM. Znachenie kapsulnoi endoskopii v diagnostike razlichnih zabolevanii tonkoi kishki. Doktor.Ru. Gastroenterologiya. 2015; 12(113): 26-30. (In Russ.)]
5. Подлесских М.Н., Никитина Н.В., Федоров Е.Д., Иванова Е.В., Белоусова Е.А. Злокачественные опухоли тонкой кишки: клиническое наблюдение // Фарматека. — 2010. — №5. — С.123-127. [Podlesskih MN, Nikitina NV, Fedorov ED, Ivanova EV, Belousova EA. Zlokachestvennye opuholi tonkoi kishki: klinicheskoe nablyudenie. Farmateka. 2010; 5: 123-127. (In Russ.)]
6. Стойко Ю.М., Левчук А.Л., Степанюк И.В., Серегин М.В. Диагностика и хирургическое лечение опухолей тонкой кишки // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. — 2011. — Т.6. — №2. — С.49-55. [Stoiko YuM, Levchuk AL, Stepanyuk IV, Seregin MV. Diagnostika i hirurgicheskoe lechenie opuholei tonkoi kishki. Vestnik Nacionalnogo medico-hirurgicheskogo Centra im. N.I. Pirogova. 2011; 6(2): 49-55. (In Russ.)]
7. Бурков С.Г. Случай ультразвуковой диагностики рака тощей кишки // Sonoace International. — 2007. — №7. — С.11-13. [Burkov SG. Sluchai ultrazvukovoi diagnostiki raka toschei kishki. Sonoace International. 2007; 7: 11-13. (In Russ.)]
8. Дрек М, МДЕборак Р, Голдберг МД. US of gastrointestinal tract disease. RadioGraphics. 2015; 35: 50-70.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА HISTOACRYL FLEXIBLE ДЛЯ СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ КИСТОЗНО-ЧАШЕЧКОВОГО СВИЩА

Ханалиев Б.В., Масленников М.А.,
Косарев Е.И., Скрыбин Е.С.,
Азизов Р.М.*

ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова»,
Москва

DOI: 10.25881/20728255_2023_18_3_163

Резюме. Представлено клиническое наблюдение оперативного лечения пациента с кистозно-чашечковым свищем. Его особенность заключается в применении препарата Histoacryl Flexible в качестве склерозанта для кистозно-чашечкового свища. Мультидисциплинарный подход к решению данной ситуации помог избежать дальнейших осложнений и позволил пациенту в кратчайшие сроки вернуться к привычному образу жизни.

Ключевые слова: урология, киста почки, кистозно-чашечковый свищ, Histoacryl Flexible, склерозирование, интрадьюсер.

Обоснование

Из всех кистозных образований наиболее часто встречается простая киста, которую диагностируют у 3% взрослых урологических больных, преимущественно в возрасте 50 лет и старше, причём у мужчин чаще, чем у женщин в соотношении от 3:2 до 2:1. Причинами формирования почечных кист могут стать наследственная предрасположенность, хронические заболевания и перенесенные ранее болезни. Простые кисты в большинстве случаев локализованы

EXPERIENCE OF USING HISTOACRYL FLEXIBLE AS A SCLEROSIS OF CYSTIC-CALYX FISTULA

Hanaliev B.V., Maslennikov M.A., Kosarev E.I., Skryabin E.S., Azizov R.M.*
Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow

Abstract. A clinical case of surgical treatment of a patient with cystic-calyceal fistula is presented. The peculiarity of this clinical case of discovery in the use of the drug Histoacryl Flex as a sclerosant for cystic-calyceal fistula. A multidisciplinary approach to solving this problem helps to avoid the onset of symptoms and in the future is inclined to a habitual lifestyle.

Keywords: urology, kidney cyst, cystic calyx fistula, Histoacryl Flexible, sclerolysis, introducer.

в верхнем и нижнем сегментах почки. За последние годы количество пациентов с кистозными заболеваниями почек увеличилось, что связано с внедрением в современную клиническую практику УЗИ и КТ.

Кистозные образования почек являются частой находкой при проведении УЗИ, КТ и МРТ. Солитарные кисты почек — самый частый вид кистозных образований и наиболее частая патология почек (до 70%). Простые кисты представляют собой тонкостенную полость, имеющую

эпителиальную выстилку и заполненную серозной жидкостью. В настоящее время признается как врожденный, так и приобретенный генез простых кист. Врожденные кисты встречаются редко и возникают в результате нарушения соединения зачатков некоторых канальцев с отводящими мочевыми путями в эмбриональном периоде. Патогенез приобретенных кист преимущественно связывают с ишемией почечной ткани, канальцевой окклюзией с последующей ретенцией. Достоверно показана связь

* e-mail: radjab.rostovskii@gmail.com