

© Коллектив авторов, 2023

УДК 616.34-007.64

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2023.18075>

ISSN – 2073-8137

ДИВЕРТИКУЛ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

А. С. Горбунов, Ф. П. Ветшев, С. П. Ветшев, Ю. В. Лернер,
Р. В. Карпова, Н. В. Петухова, К. С. Русскова, Д. В. Моматюк

Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова
(Сеченовский Университет), Российская Федерация

DIVERTICULUM OF THE RIGHT HALF OF THE COLON. A CASE REPORT

Gorbunov A. S., Vetshev F. P., Vetshev S. P., Lerner Yu. V.,
Karpova R. V., Petukhova N. V., Russkova K. S., Momatyuk D. V.

I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University),
Russian Federation

Представлено клиническое наблюдение больного, страдавшего дивертикулумом ободочной кишки. Единственным достоверным методом окончательной диагностики стало хирургическое вмешательство. Возможное динамическое наблюдение могло бы представлять определенный риск при перфорации или кровотечении из дивертикула и не позволило бы уточнить доброкачественный или злокачественный характер сформировавшегося новообразования.

Ключевые слова: ободочная кишка, дивертикул, дивертикулярная болезнь, дивертикулез, дивертикулит, сосудистая мальформация, новообразование

A clinical case of a patient with a colonic diverticulum is presented. Surgical intervention was the only reliable method of definitive diagnosis. The continuation of follow-up could produce a certain risk in case of perforation or bleeding from the diverticulum and would not allow establishing the benign or malignant nature of the neoplasm.

Keywords: colon, diverticulum, diverticular disease, diverticulosis, diverticulitis, vascular malformation, neoplasm

Для цитирования: Горбунов А. С., Ветшев Ф. П., Ветшев С. П., Лернер Ю. В., Карпова Р. В., Петухова Н. В., Русскова К. С., Моматюк Д. В. ДИВЕРТИКУЛ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2023;18(3):314-317. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2023.18075>

For citation: Gorbunov A. S., Vetshev F. P., Vetshev S. P., Lerner Yu. V., Karpova R. V., Petukhova N. V., Russkova K. S., Momatyuk D. V. DIVERTICULUM OF THE RIGHT HALF OF THE COLON. A CASE REPORT. *Medical News of North Caucasus*. 2023;18(3):314-317. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2023.18075> (In Russ.)

ДБ – дивертикулярная болезнь
КТ – компьютерная томография

МРТ – магнитно-резонансная томография
УЗИ – ультразвуковое исследование

Дивертикулярная болезнь (ДБ) ободочной кишки является одним из распространенных заболеваний. По данным эпидемиологических исследований, заболеваемость ДБ увеличивается с возраста 40 лет и у лиц старше 60 лет достигает 30–60 % [1, 2]. Как правило, ДБ выявляют при профилактических медицинских исследованиях или при уточнении причины болей в животе. У лиц старшего возраста ДБ часто является причиной обращения при развитии осложнений: кровотечения, перфорации, параколического инфильтрата. У некоторых больных дивертикулы ободочной кишки могут иметь нетипичную картину при колоноскопии, что затрудняет постановку диагноза и требует применения дополнительных методов диагностики.

Цель публикации – рассмотреть возможности инструментальных методов диагностики дивертикула правой половины ободочной кишки и представить опыт лечения при нетипичной эндоскопической картине.

Клиническое наблюдение.

В университетскую клиническую больницу № 1 в январе 2021 года госпитализирован пациент 62 лет с жалобами на появляющуюся несколько раз в течение дня умеренную ноющую боль в правой половине живота, не связанную с приемом пищи. Также беспокоило урчание в животе, периодическое послабление стула, умеренная слабость.

Из анамнеза известно, что в 2010 году больному выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу хронического калькулезного холецистита. Около

трёх лет назад было проведено профилактическое обследование, в том числе ирригоскопия и колоноскопия. Патологических изменений в правой половине ободочной кишки выявлено не было, в левой половине обнаружены полипы сигмовидной кишки, выполнена полипэктомия. В течение 2020 года больной стал отмечать периодическую ноющую боль в правой половине живота. При колоноскопии в ноябре 2020 года впервые обнаружено подслизистое новообразование восходящей ободочной кишки мягко-эластической консистенции, синюшного цвета (сосудистая мальформация?) (рис. 1 А). Результаты колоноскопии сочли показанием к дообследованию. При УЗИ новообразование в области печеночного изгиба ободочной кишки не обнаружено. Выполнена КТ с внутривенным контрастированием: в проекции правого изгиба ободочной кишки неоднородное кистозное образование гантелевидной формы 5,7х1,9 см, вероятно, исходящее из слизистой оболочки, не накапливающее контрастный препарат, без инфильтрации окружающей клетчатки и увеличенных лимфоузлов (рис. 1 В). МРТ органов брюшной полости: в области печеночного изгиба на фоне неравномерного циркулярного утолщения стенки кишки имеется тонкостенная кистозная структура 2,2х3,5х4,4 см без накопления контрастного препарата. Окружающая клетчатка не изменена (рис. 1 С).

При повторной колоноскопии: макроскопическая картина образования без изменений. В общем и биохимическом анализе крови отклонений от нормы нет.

Клиническая ситуация была обсуждена на консилиуме. Несмотря на проведённое комплексное обследование, уточнить характер образования правой половины ободочной кишки не удалось. От биопсии новообразования при колоноскопии было решено воздержаться из-за риска кровотечения (возможность венозной мальформации) и перфорации. Исключить злокачественный характер новообразования также невозможно, поскольку отсутствуют результаты гистологического исследования. Выполнена диагностическая лапароскопия. На операции: в правом подреберье выраженный спаечный процесс после перенесённой в 2010 году лапароскопической холецистэктомии. Мобилизован печеночный изгиб и восходящая ободочная кишка с образованием. Оценить принадлежность новообразования макроскопически не представлялось возможным. Из отдельного доступа установлен порт для ручного ассистирования и ободочная кишка выведена на брюшную стенку. Образование 30х25х40 мм имело кистозное строение (рис. 2). Полость образования вскрыта, эвакуировано 15 мл прозрачной жидкости. Новообразование выделено до неизменной стенки кишки и иссечено. Дефект стенки ушили. Макропрепарат: наиболее вероятно, иссеченное образование является дивертикулом.

При гистологическом исследовании: материал представлен стенкой кишки с сохранённой слизистой и полной атрофией мышечной оболочки – картина дивертикула (рис. 3 А, В, С). Течение послеоперационного периода типичное, без осложнений.

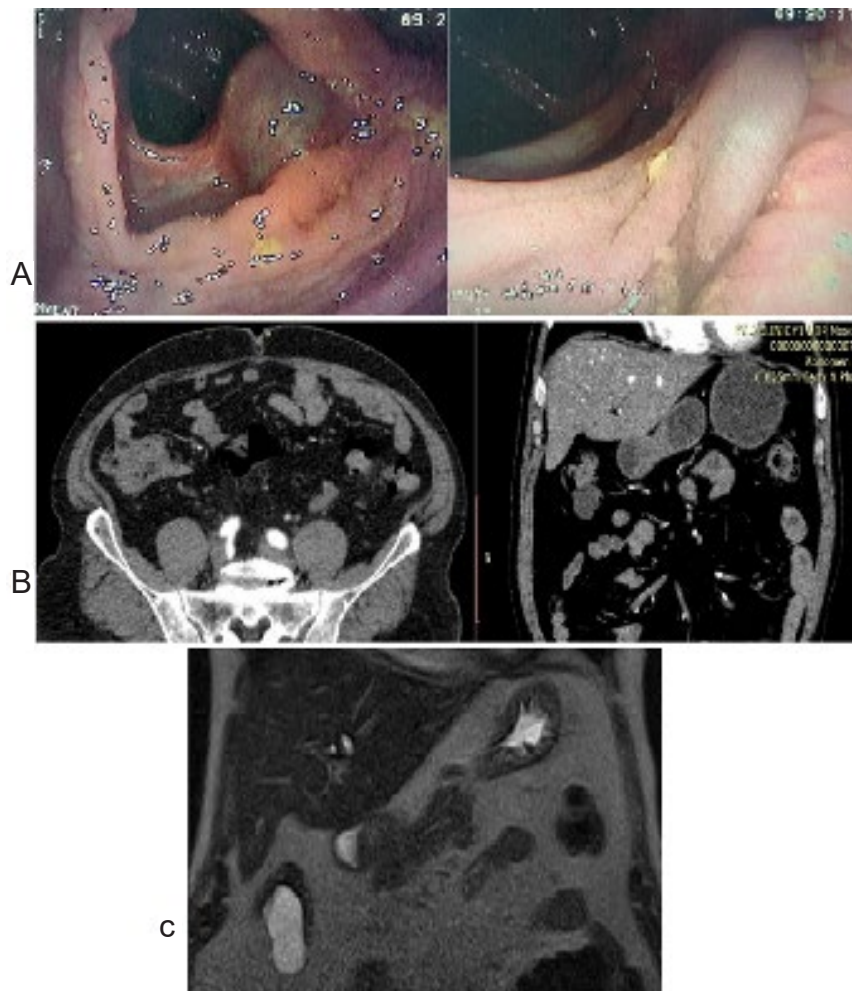


Рис. 1. Данные инструментальных методов обследования:
А – вид новообразования при колоноскопии;
В – КТ органов брюшной полости; С – МРТ органов брюшной полости

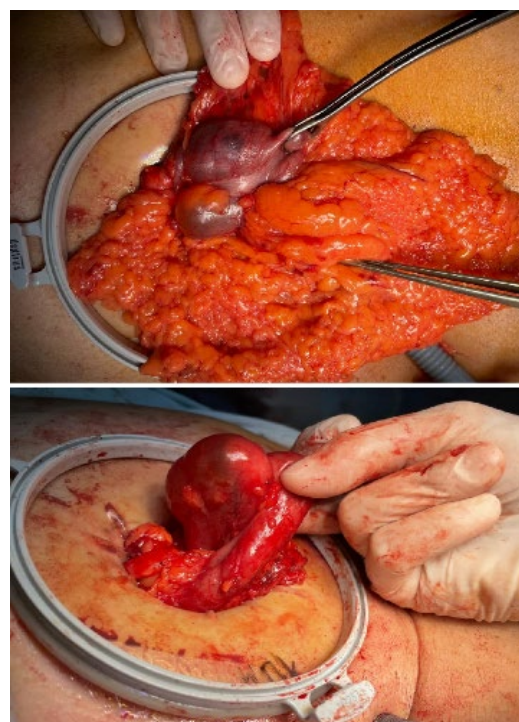


Рис. 2. Интраоперационный вид новообразования

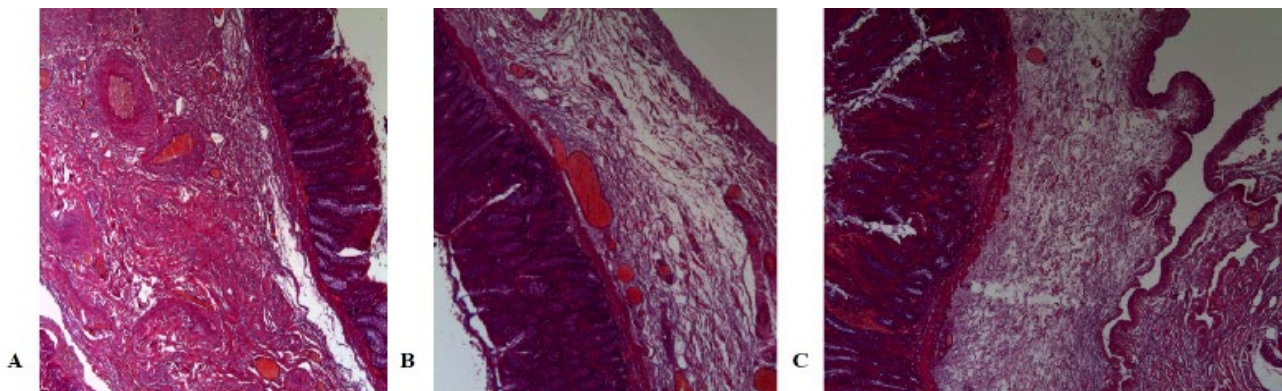


Рис. 3. Гистологическое исследование ободочной кишки. Окраска гематоксилином-эозином. Ув. $\times 100$: А – сохранная слизистая оболочка кишки, подслизистая основа, выраженный мышечный слой стенки кишки с резко полнокровными сосудами; В – сохраненный эпителий стенки кишки, рыхлая, отечная подслизистая основа, в которой расположены расширенные полнокровные сосуды, истонченный мышечный слой стенки; С – эпителий сохраненный, подслизистая основа и истонченный, местами складчатый мышечный слой

Поражение дивертикулами правой половины ободочной кишки чаще выявляют у жителей Востока, Азии и Африки. Такой вариант заболевания зачастую именуют «восточным типом». С учетом старения населения в мире, вопрос ранней диагностики и своевременного лечения таких образований остаётся актуальным [3–6]. Авторы отмечают, что ДБ с изолированным поражением правой половины ободочной кишки у населения Европы встречается крайне редко [1, 7].

В нашей клинике наблюдались 3 больных с солитарными дивертикулами правой половины ободочной кишки, у которых при колоноскопии не было изменений слизистой оболочки. Ноющую боль в правых отделах живота у этих больных расценивали как проявление синдрома раздраженной кишки, при этом консервативная терапия характеризовалась временным положительным эффектом. Единственным методом, позволившим уточнить диагноз, стала КТ с внутривенным контрастированием. В двух наблюдениях был диагностирован дивертикул 15–17 мм в восходящем отделе ободочной кишки с умеренными воспалительными изменениями окружающей клетчатки. В результате проведения консервативной терапии была отмечена стабильная положительная динамика, в дальнейшем больные находились под динамическим наблюдением и хирургическое лечение не требовалось.

Сложность в диагностике новообразования в обсуждаемом случае была вызвана нетипичной макроскопической картиной слизистой ободочной кишки при колоноскопии. Устье дивертикула не было идентифицировано, втяжений или изменений слизистой не обнаружено, данных за фекалит не получено. Скопление серозного содержимого между слоями стенки кишки напоминало сосудистую мальформацию.

Рассматривая это клиническое наблюдение, пришли к заключению, что по морфофункциональному характеру дивертикул следует относить к тракционно-му типу. Причиной его формирования скорее всего явился спаечный процесс в области правого подреберья, приведший к морфологическим изменениям стенки кишки.

Большинство клиницистов характеризуют колоноскопию как лучший метод дифференциальной диагностики ДБ и опухолей ободочной кишки [8–10]. Однако её выполнение, а также проведение ирригоскопии и КТ-энтероколонографии возможно только при неосложненном течении заболевания. Диагностическая эффективность МРТ, КТ и УЗИ считается практически одинаковой [3].

При значительных размерах устья и шейки дивертикула эти изменения стенки кишки удаётся чётко рассмотреть при колоноскопии, а при очень малых их размерах выявить дивертикул бывает весьма затруднительно. Дополнительные методы диагностики при наличии у больного диагностических проблем следует назначать в максимально более ранние сроки.

При рассмотрении результатов колоноскопии и КТ органов брюшной полости с контрастированием отмечено, что образование было диагностировано в обоих исследованиях, но с некоторыми различиями в деталях. В подобных клинических ситуациях предлагается проводить максимально комплексный диагностический поиск.

Заключение. В приведенном случае миниинвазивное хирургическое лечение оказалось основным методом диагностики. Риск выполнения оперативного вмешательства по сравнению с динамическим наблюдением был расценен как минимальный.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература/References

1. Афаг М. Т., Абдулаев М. А., Авдеев А. М., Абдулаев З. Т., Варзин С. А. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки. *Сибирское обозрение*. 2017;3:5-12. [Afaq M. T., Abdulaev M. A., Avdeev A. M., Abdulaev S. T., Varzin S. A. Diventricular disease of the colon. *Sibirskoye obozreniye*. – *Siberian Medical Review*. 2017;3:5-12. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.20333/2500136-2017-3-5-12>
2. European Society of Coloproctology: guidelines for the management of diverticular disease of the colon; 2020. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/codi.15140>. Accessed September 20, 2022.
3. Ивашкин В. Т., Шелыгин Ю. А., Ачкасов С. И., Васильев С. В., Григорьев Е. Г. [и др.]. Рекомендации

Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российской ассоциации колопроктологов по диагностике и лечению взрослых больных дивертикулярной болезнью ободочной кишки. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2016;26(1):65-80. [Ivashkin V. T., Shelygin Yu. A., Achkasov S. I., Vasilyev S. V., Grigoryev Y. G. [et al.]. Diagnostics and treatment of diverticular disease of the colon: guidelines of the Russian gastroenterological Association and Russian Association of Coloproctology. *Rosssysky zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*. – *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2016;26(1):65-80. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2016-26-1-65-80>

4. Пузанов Д. П., Половинкин В. В., Пузанова И. А., Зебелян Н. А. Современное состояние проблемы диагностики и лечения дивертикулярной болезни толстого кишечника (обзор подходов и методов). *Инновационная медицина Кубани*. 2017;6(2):54-59. [Puzanov D. P., Polovinkin V. V., Puzanova I. A., Zebelyan N. A. State-of-the-art: Diagnosis and treatment for large intestine diverticular disease (approaches and techniques review). *Innovatsionnaya meditsina Kubani*. – *Innovative Medicine of Kuban*. 2017;6(2):54-59. (In Russ.)].
5. Yamada E., Inamori M., Uchida E., Tanida E., Izumi M. [et al.]. Association between the location of diverticular disease and the irritable bowel syndrome: a multicenter study in Japan. *Am. J. Gastroenterol.* 2014;109:1900-1905. <https://doi.org/10.1038/ajg.2014.323>
6. Giuseppe N., Petrucciani N., Giannini G., Aurello P., Magistri P. [et al.]. Giant colonic diverticulum: Clinical presentation, diagnosis and treatment: Systematic review of 166 cases. *World J. Gastroenterol.* 2015;21(1):360-368. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i1.360>
7. Hupfeld L., Burcharth J., Pommergaard H. C., Rosenberg J. The best Choice of Treatment for Acute Colonic Diverticulitis with Purulent Peritonitis is Uncertain. *BioMed Res. Internat.* 2014;3:4. <https://doi.org/10.1155/2014/380607>
8. Tursi A. The role of colonoscopy in managing diverticular disease of the colon. *J. gastrointestinal liver dis.* 2014;24(1):85-93. <https://doi.org/10.15403/jgld.2014.1121.tur>
9. Collins D., Winter D. C. Modern Concepts in Diverticular Disease. *J. Clin. Gastroenterol.* 2015;49(5):358-369. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000000308>
10. Tursi A., Picchio M., Elisei W., Di Mario F., Scarpignato C. [et al.]. Current Management of Patients With Diverticulosis and Diverticular Disease: A Survey From the 2nd International Symposium on Diverticular Disease. *J. Clin. Gastroenterol.* 2016;1:97-100. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000000645>

Поступила 29.08.2022

Сведения об авторах:

Горбунов Андрей Сергеевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии № 1; тел.: 89031369141; e-mail: pilulkin1966@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7466-2838>

Ветшев Федор Петрович, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии № 1; тел.: 89161416750; e-mail: fedor_vethev@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6589-092X>

Ветшев Сергей Петрович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии № 1; тел.: (499)2487367; e-mail: vetshev@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1827-6764>

Лернер Юлия Владимировна, врач-патологоанатом, ассистент кафедры патологической анатомии им. А. И. Струкова; тел.: 89151624608; e-mail: julijalerner@inbox.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7070-5303>

Карпова Радмила Владимировна, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии № 1; тел.: 89104351314; e-mail: radmila.71@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-0608-9846>

Петухова Наталья Васильевна, врач-хирург, аспирант кафедры факультетской хирургии № 1; тел.: 89164581565; e-mail: Natalia_180594@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6783-573X>

Русскова Ксения Сергеевна, аспирант кафедры факультетской хирургии № 1; тел.: 89050164054; e-mail: russkova.ksy@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-2150-7567>

Моматюк Дарья Викторовна, студентка; тел.: 89636452283; e-mail: dashkadashka200@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-4146-6619>

© Коллектив авторов, 2023
УДК 616.211-006.6-089.844
DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2023.18076>
ISSN – 2073-8137

ОПЫТ ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА КОЖИ НАРУЖНОГО НОСА С ПРИМЕНЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПЛАСТИКИ

Е. В. Журavelь, Е. А. Мухортов, М. Г. Прокофьева

Краевой клинический онкологический диспансер, Ставрополь, Российская Федерация

EXPERIENCE OF ORGAN-SAVING TREATMENT OF LOCAL ADVANCED SKIN CANCER OF THE EXTERNAL NOSE USING VARIOUS TYPES OF PLASTY

Zhuravel E. V., Mukhortov E. A., Prokofieva M. G.

Regional Clinical Oncology Center, Stavropol, Russian Federation

Представлено два случая реконструктивных операций при базально-клеточном раке носа. Хирургическое лечение проведено в объеме широкого иссечения опухоли под микроскопическим контролем, что обеспечило максимальную чистоту краев резекции, а реконструктивно-пластическое пособие реализовано путем закрытия дефекта перемещенным лоскутом с сосудистой ножкой, обладающим наибольшим потенциалом к регенерации. Описанная тактика позволила сохранить естественные контуры лица, функции мимической мускулатуры с целью максимальной социальной адаптации пациента после лечения.

Ключевые слова: базально-клеточный рак, опухоли головы и шеи, реконструкция носа