

Уточняющая диагностика и удаление липомы тощей кишки через энтероскоп

Е.В. Иванова, Е.Д. Федоров, Д.Е. Селезнев, Е.В. Тихомирова

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, НОЦ абдоминальной хирургии и эндоскопии: кафедра госпитальной хирургии №2, с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии, Медицинский реабилитационный Центр «Клиника+31»

Липомы желудочно-кишечного тракта – доброкачественные неэпителиальные опухоли – как правило, не служат поводом для онкологической настороженности специалистов, но способны вызывать грозные осложнения, такие как инвагинация или желудочно-кишечное кровотечение. Это особенно справедливо по отношению к опухолям большого размера и опухолям, располагающимся в тонкой кишке [1, 2].

Баллонно-ассистированная энтероскопия, на сегодняшний день, единственный малоинвазивный способ выполнения комплекса диагностических (эндоскопическая ультрасонография, биопсия) и лечебных эндоскопических вмешательств в глубоких отделах тонкой кишки. Метод даёт возможность обнаружить и достоверно диагностировать наличие новообразования тонкой кишки, выполнить биопсию при необходимости проведения дифференциального диагноза, а также оценить эхоструктуру и слой из которого исходит неэпителиальное новообразование с использованием ЭУС-зондов. В совокупности эти данные позволяют правильно определить лечебную тактику, способ оперативного вмешательства, а в ряде случаев и удалить опухоль через энтероскоп [3].

Представляем клинический случай уточняющей эндоскопической и эндосонографической диагностики, а также успешного внутрипросветного удаления подслизистого образования тощей кишки в ходе проведения однобаллонной энтероскопии.

Пациентка П., 58 лет, обратилась в Медицинский реабилитационный центр «Клиника+31» г. Москвы в июне 2013 года для проведения уточняющей диагностики по поводу подслизистого образования – предположительно липомы – тощей кишки. Каких либо специфических жалоб пациентка не предъявляла, однако испытывала вполне объяснимую канцерофобию. Дело в том, что за 5 лет до обращения в нашу клинику пациентка перенесла левостороннюю гемиколэктомию по поводу adenокарциномы нисходящей ободоч-

ной кишки, а вскоре после этого правостороннюю гемигепатэктомию по поводу гепатоцеллюлярного рака. В 2013 г. в ходе комплексного контрольного обследования при выполнении мультиспиральной компьютерной томографии брюшной полости у пациентки был выявлен дефект наполнения в тощей кишке размерами 21x10 мм, с отчетливыми краями, гиподенсивной плотностью, соответствующей жировой ткани. Было высказано предположение о наличии подслизистого образования – предположительно липомы – тощей кишки.

С целью уточнения диагноза и решения вопроса о возможности проведения эндоскопического оперативного вмешательства пациентке была выполнена однобаллонная энтероскопия (ОБЭ) пероральным доступом. Исследование выполнялось в режиме стационара одного дня, в условиях комбинированной эндотрахеальной анестезии, с помощью энтероскопа SIF-Q180 и шинирующей трубки с баллоном на дистальном конце (все – Олимпас, Япония), по методике ОБЭ. На расстоянии 60 см дистальнее связки Трейца, в тощей кише, было выявлено подслизистое образование размерами 30x17 мм, с неизмененной слизистой оболочкой на поверхности, желтоватой окраски, овальной формы, более суженной к основанию, с формированием псевдоножки; при инструментальной пальпации – мягкое и подвижное (рис. 1).



Рис. 1. Вид подслизистого образования при выполнении ОБЭ.

С целью уточнения эхо-структуры, слоя происхождения и характера роста образования, в ходе энтероскопии была выполнена эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) с помощью УЗ-системы SP702 компании Фуджифильм (Япония). Для этого в просвет тощей кишки дистальнее и проксимальнее образования было введено до 600 мл воды, после чего через инструментальный канал энтероскопа был проведен мини-датчик P2612L, диаметром 2,6 мм, длиной 2650 мм, с частотой 12 МГц. При ЭУС-сканировании было определено равномерно гиперэхогенное образование размерами 22x17 мм, исходящее и расположенное в подслизистом слое тощей кишки.



Рис. 2. Зондовая ЭУС при энтероскопии: сканирование НЭпО тощей кишки.

По совокупности полученных данных был установлен эндоскопический диагноз: подслизистое образование тощей кишки, вероятнее всего, липома. Учитывая все факторы: потенциальную возможность развития осложнений опухоли (инвагинация, изъязвление с кровотечением), рост в подслизистом слое, наличие псевдоножки и подвижность образования, позволяющие выполнить удаление эндоскопическим путем; наконец желание и согласие самой пациентки, было принято решение об удалении образования через эндоскоп.

На основание образования, вплотную к рядом расположенной неизменённой слизистой оболочке тонкой кишки, были наложены две викриловые эндопетли диаметром 30мм (Олимпас, Япония), затянутые до создания ишемии тканей (рис. 3а). На 4–5 мм выше лигатур на новообразование была наложена овальная полипэктомическая петля размером 25 мм (рис. 3б). Образование было резецировано в смешанном режиме G3 с помощью электрохирургического блока Maxium-402 (KLS Martin, Германия). Струп после удаления представлен коагулированной белесой слизистой оболочкой с подслизистой основой тонкой кишки размером до 4–5 мм, кровотечения не было (рис. 3в).

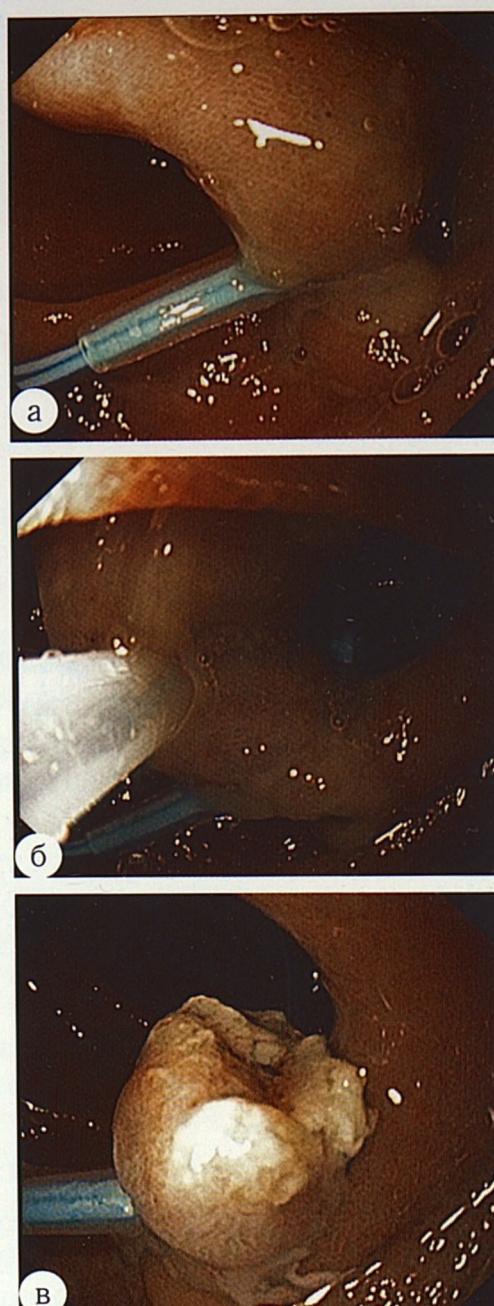


Рис. 3 а, б, в. Этапы удаления образования.

Образование было захвачено сеткой-ловушкой и извлечено через шинирующую трубку для морфологического исследования. Удаленное образование мягко-эластической консистенции размерами 18x14x13 мм имело круглую форму, с гладкой, неизмененной поверхностью со стороны слизистой оболочки; на разрезе его структура была представлена жировой тканью жёлтой окраски (рис. 4).



Рис. 4. Удаленная липома тощей кишки.

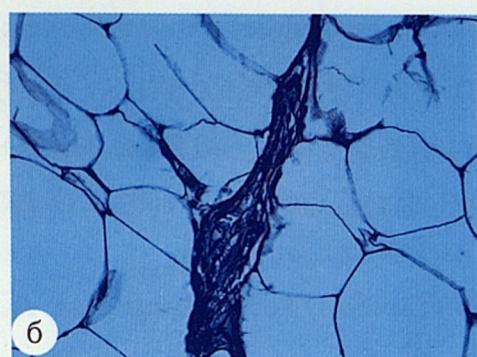
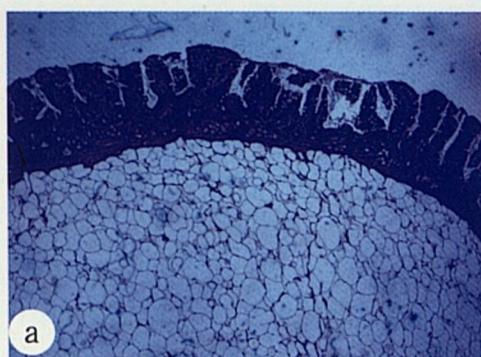


Рис. 5 а,б. Морфология образования: а) структура представлена жировой тканью (зрелыми адипоцитами) в подслизистом слое, гем-эоз, ув.Х40; б) наличие развитой капиллярной сети в структуре, гем-эоз, ув. х180.

Через 2 часа после эндоскопической операции пациентка в удовлетворительном состоянии в сопровождении родственников, покинула клинику. Пациентке был рекомендован постельный режим в течение 12 часов и жидкую часть пищи; щадящая диета и приём ингибитора протонной помпы (париет 20 мг × 2 раза в сутки) в течение 10 дней. Вечером после вмешательства и на следующий день, при контрольных телефонных звонках, а также в последующие дни общее состояние пациентки было хорошим, жалоб – не предъявляла, послеоперационных осложнений не наблюдалось.

По данным гистологического исследования образование соответствовало липоме тощей кишки: в подслизистой оболочке тонкой кишки определялось образование из зрелой жировой ткани, состоящее из унилокулярных адипоцитов различных размеров, с наличием развитой капиллярной сети и тонкими соединительнотканными прослойками (рис. 5 а, б).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, данное клиническое наблюдение демонстрирует возможности комбинированного применения ОБЭ и зондовой ЭУС в уточнении слоя, из которого исходит образование, предположении его морфологической структуры до удаления, и определении показаний для внутрипросветного эндоскопического вмешательства. Возможности использования через канал энтероскопа практически всех доступных (применяемых при колоноскопии) инструментов, позволяет не только безопасно выполнить удаление образования, но применить все меры по профилактике возможных осложнений.

лении показаний для внутрипросветного эндоскопического вмешательства. Возможности использования через канал энтероскопа практически всех доступных (применяемых при колоноскопии) инструментов, позволяет не только безопасно выполнить удаление образования, но применить все меры по профилактике возможных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Taylor AJ, Stewart ET, Dodds WJ. Gastrointestinal lipomas: a radiologic and pathologic review. *AJR Am J Roentgenol.* 1990;155 (6): 1205-10.
2. Thompson WM. Imaging and findings of lipomas of the gastrointestinal tract. *AJR Am J Roentgenol.* 2005;184 (4): 1163-71.
3. Lauren B Gerson, Jason T Flodin, Kenichi Miyabayashi. Balloon-assisted enteroscopy: technology and troubleshooting. Stanford University School of Medicine, Stanford, California, USA. *Gastrointestinal endoscopy.* 01/2009; 68(6):1158-67.

КОНТАКТЫ

Иванова Екатерина Викторовна – д.м.н., старший научный сотрудник НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, ведущий специалист Медицинского реабилитационного центра «Клиника+31», Москва.
katendo@yandex.ru