

**МБ**

# Труды Мариинской больницы

2019



**XIV**

ISSN 2414-9551

ISSN 2414-9551

Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга  
СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

# ТРУДЫ МАРИИНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Выпуск XIV

*Старые традиции. Новые технологии*

Петрозаводск  
Издательство ПетрГУ  
2019



УДК 616(47+57)  
ББК 53/57(2)  
Т78

Под редакцией

д-ра мед. наук, чл.-корр. РАН, проф. *И. П. Дуданова*

#### Редакционный совет

*И. П. Дуданов* — доктор мед. наук, профессор, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой общей и факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», руководитель Регионального сосудистого центра СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»;

*О. В. Емельянов* — доктор мед. наук, профессор кафедры организации здравоохранения ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, главный врач СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»;

*Л. В. Щеглова* — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой семейной медицины ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», заместитель главного врача СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

Т78 **Труды Мариинской больницы** : сборник научных трудов / под ред. проф. *И. П. Дуданова*. — Петрозаводск : Издательство ПетрГУ, 2019. — Вып. XIV : Старые традиции. Новые технологии. — 150 с.

В очередном сборнике «Трудов Мариинской больницы» рассматриваются вопросы верификации и тактики ведения пациентов с различными заболеваниями: представлены новейшие достижения лабораторной и инструментальной диагностики и лечебной тактики при оказании помощи больным с острыми сосудистыми расстройствами, бессимптомными и клинически значимыми формами атеросклероза и осложнений, показания к применению консервативных и хирургических методов лечения. Рассматриваются современные подходы к диагностике и лечению заболеваний с использованием малоинвазивных технологий. Предложен алгоритм обследования пациентов с бессимптомными и клинически значимыми формами заболеваний желудочно-кишечного тракта, заболеваний головного мозга, органов мочевыделительной системы, опухолей различной локализации, осложнений атеросклероза с целью профилактики urgentных состояний, а в случаях их выявления — наиболее рациональные пути ведения и направления в стационар для оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.

Сборник трудов представляет интерес для врачей общей практики и амбулаторно-поликлинических учреждений, врачей и фельдшеров скорой медицинской помощи, невропатологов, кардиологов и сосудистых хирургов первичных и региональных сосудистых центров, клинических интернов, ординаторов и аспирантов.

УДК 616(47+57)  
ББК 53/57(2)

© Петрозаводский государственный университет, 2019

# Содержание

Предисловие редактора . . . . . 7

## РАЗДЕЛ 1. Внутренние болезни

<i>Червякова Е. М., Медведева Э. Я., Галкина А. А., Микаелян С. М., Арбузова Т. В., Высоцкая И. В., Цой Е. Р.</i>	
Анализ напряженности иммунитета к вирусу кори и определение коллективного иммунитета у персонала двух крупных стационаров Санкт-Петербурга . . . . .	9
<i>Мельников М. В., Сотников А. В., Кисиль Ю. В., Врыганов Ф. А.</i>	
Инфаркт миокарда и его последствия как причина развития эмболии аорты и артерий конечности . . . . .	12
<i>Ковалев Ю. Р., Исаков В. А., Булавко Я. Э., Гончар Н. О.</i>	
Тромбоцитопения, индуцированная гепарином: протромбогенный эффект . . . . .	16
<i>Колчева Е. Е., Ковалев Ю. Р., Сизов А. В., Тараканов В. А.</i>	
Генерализованный туберкулез: клиническое наблюдение . . . . .	20
<i>Родина А. С., Курбатова И. В., Шубина М. Э., Дуданова О. П.</i>	
Маркеры печеночно-клеточного воспаления при алкогольной болезни печени . . . . .	24

## РАЗДЕЛ 2. Инструментальная диагностика

<i>Шехтман К. В., Черемисин В. М., Камышанская И. Г.</i>	
Возможности МРТ в диагностике инфекционно-воспалительных заболеваний органов малого таза у мужчин: клиническое наблюдение . . . . .	28
<i>Зинкевич К. В., Черемисин В. М., Камышанская И. Г., Исправникова Ю. С.</i>	
Гигантский дивертикул двенадцатиперстной кишки — неожиданная находка при магнитно-резонансной томографии . . . . .	32
<i>Лаврова А. Ю., Черемисин В. М., Камышанская И. Г.</i>	
Клиническое наблюдение нодулярной гиперплазии бартолиновой железы . . . . .	35
<i>Кудашкина А. С., Русанов Д. С., Приц В. В., Черемисин В. М., Камышанская И. Г., Исправникова Ю. С.</i>	
Магнитно-резонансное исследование в оценке резектабельности рака поджелудочной железы . . . . .	40
<i>Черемисин В. М., Камышанская И. Г., Меркулов Д. В.</i>	
К вопросу о рентгеносемиотике заболеваний легких: компьютерно-томографическая картина «матового стекла»: причина и патоморфология . . . . .	45
<i>Симещенко П. И., Черемисин В. М., Камышанская И. Г., Подгорняк М. Ю., Приц В. В.</i>	
Мультипараметрический протокол МРТ в диагностике и оценке результатов хирургического лечения глиом головного мозга . . . . .	51
<i>Харитонов Н. Ю., Черемисин В. М., Камышанская И. Г.</i>	
Роль магнитно-резонансной томографии в диагностике послеродового метроэндометрита: клиническое наблюдение . . . . .	55
<i>Колтунова А. А., Приц В. В., Бергер М. М., Камышанская И. Г.</i>	
Магнитно-резонансная томография пациентов с МРТ-совместимым кардиостимулятором . . . . .	58



натуживании выпячивание в мягких тканях паховой области слева размерами 30—15 мм (вероятнее всего, сальник).

Таким образом, магнитно-резонансная томография брюшной полости успешно выявила патологию двенадцатиперстной кишки, наглядно отразила топографию дивертикулов, были исключены осложнения и другая острая хирургическая патология. Была проведена консервативная спазмолитическая и гастропротекторная терапия, на фоне которой у пациентки улучшилось самочувствие. Пациентке рекомендовано придерживаться особой диеты, употреблять повышенное количество продуктов с обилием пищевых волокон для предотвращения формирования большого объема каловых масс и лучшего опорожнения кишечника. Хирургическое лечение не проводилось.

## Клиническое наблюдение нодулярной гиперплазии бартолиновой железы

*Лаврова А. Ю., Черемисин В. М., Камышанская И. Г.*

*ФНУ «Санкт-Петербургский государственный университет»  
СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», Санкт-Петербург, Россия*

Бартолиневы железы (БЖ) — большие парные железы преддверия влагалища, получившие своё название в честь открывшего их датского анатома Каспара Бартолина младшего (1655—1738). Они расположены в толще больших половых губ, у их основания. Величина их около 1,5—2 см, в норме они не пальпируются. Выводной проток БЖ длиной 1,5—2,5 см открывается на внутренней поверхности малой половой губы — на границе средней и задней её трети. БЖ выделяет секрет, богатый белком, а также содержит муцин. БЖ вместе с малыми вестибулярными железами преддверия (железами Скина, или парауретральными железами) гомологичны бульбоуретральным железам мужской репродуктивной системы [1].

Заболевания БЖ чаще всего связаны с доброкачественными процессами, такими, как киста и абсцесс, в то время как злокачественное поражение встречается редко. Патологию БЖ можно классифицировать как киста, абсцесс, гиперплазия, аденома, аденомиома, аденокарцинома, а также мезенхимальные поражения мягких тканей. В литературе сообщается только о нескольких случаях гиперплазии бартолиновой железы (ГБЖ), из чего следует, что данный патологический процесс является редкой нозологией, проявляющейся увеличением БЖ [4].

Клиническая картина нодулярной гиперплазии бартолиновой железы (НГБЖ) довольно специфична. В большинстве случаев она проявляется в виде болезненности, увеличения, уплотнения в области нижней части большой или малой губы. Никаких выделений, дизурии или чувствительности вульвы не наблюдается. НГБЖ может быть двухсторонней [4].

В нашем клиническом наблюдении мы представляем случай ГБЖ у женщины, 29 лет, с жалобами на припухлость и дискомфорт в области левой половой губы. Впервые жалобы появились в 2016 г. Во время беременности пациентка отмечала уменьшение дискомфорта, а с 2018 г. — возобновление жалоб. В феврале 2019 г. она обратилась к гинекологу в Мариинскую больницу для диагностики и лечения. В общем анализе крови были выявлены незначительные отклонения в виде некоторого увеличения лимфоцитов (44,2 % — N до 37) и базофилов (1,67 % — N 1). При гинекологическом осмотре в толще левой половой губы пальпировалось образование размером 6 × 4 см, не спаянное с окружающими тканями, без изменения кожных покровов над ним. Образование было ограничено подвижно, болезненно при пальпации. Из лучевых методов были выполнены УЗИ малого таза и наружных половых органов, а также МРТ (рис. 1—6). По результатам исследования определены показания и выполнено оперативное вмешательство по удалению образования с гистологическим исследованием (рис. 7—8).



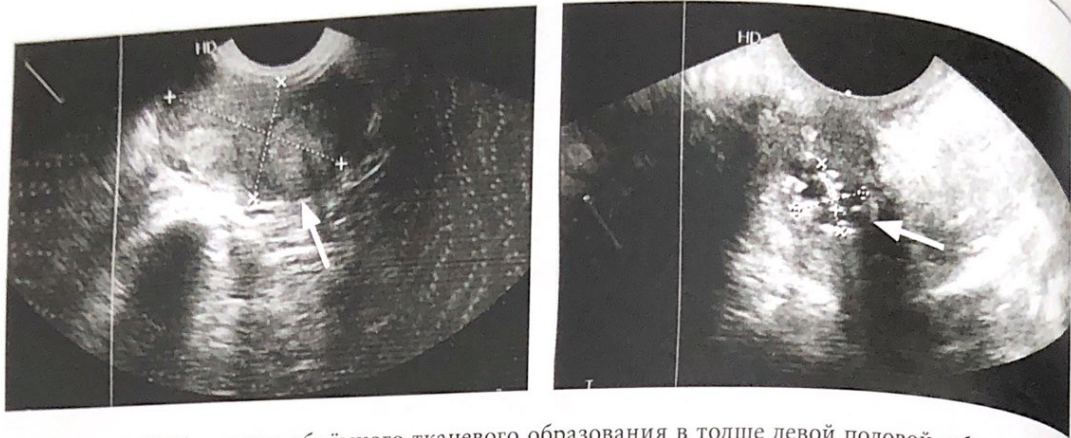


Рис. 1. УЗИ-картина объёмного тканевого образования в толще левой половой губы, размерами 41 x 23 x 32 мм, с ровным четким контуром. При проведении доплерографии в его структуре определялись сосуды

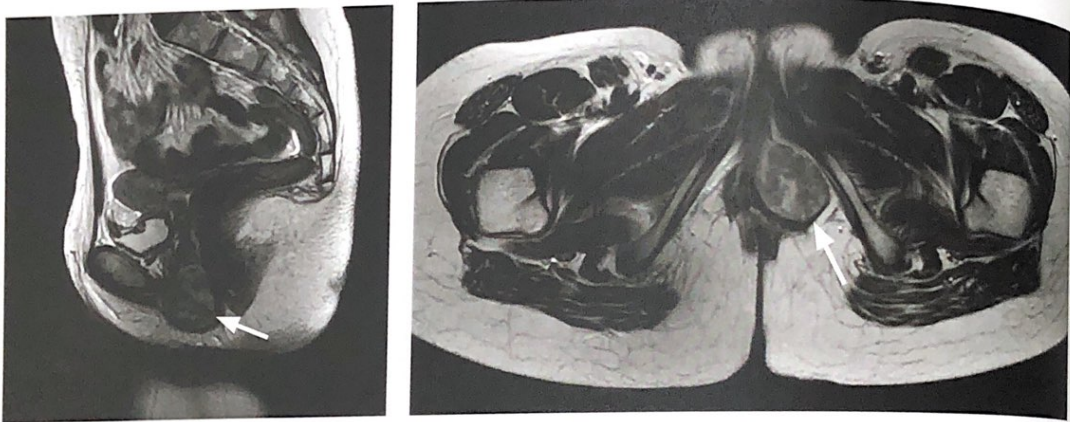


Рис. 2. МРТ органов малого таза в T2 ВИ (сагиттальная и аксиальная плоскости). Выявляется объемное образование в толще левой половой губы, с четкими ровными контурами, неоднородной структурой, оттесняющее окружающие мягкие ткани, без признаков их инвазии

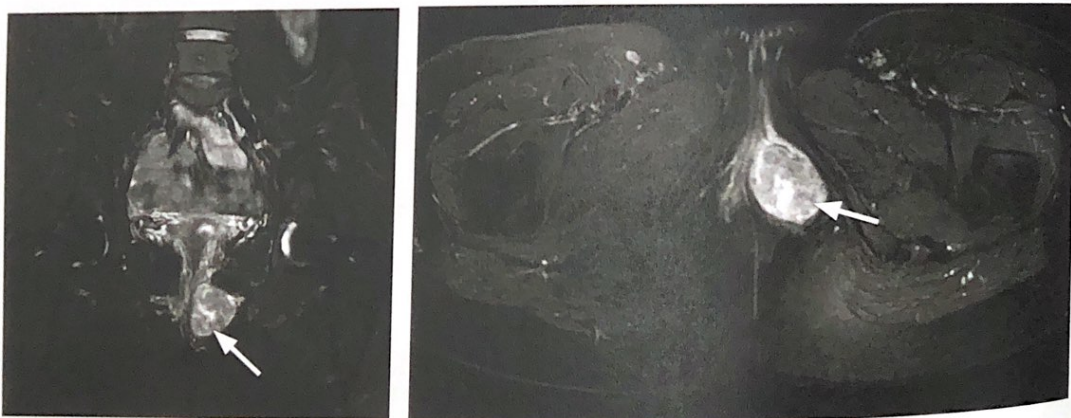


Рис. 3. МРТ органов малого таза, T2 fs ВИ (корональная и аксиальная плоскости). На T2 ИП с жироподавлением объемное образование имеет неоднородную гиперинтенсивную структуру



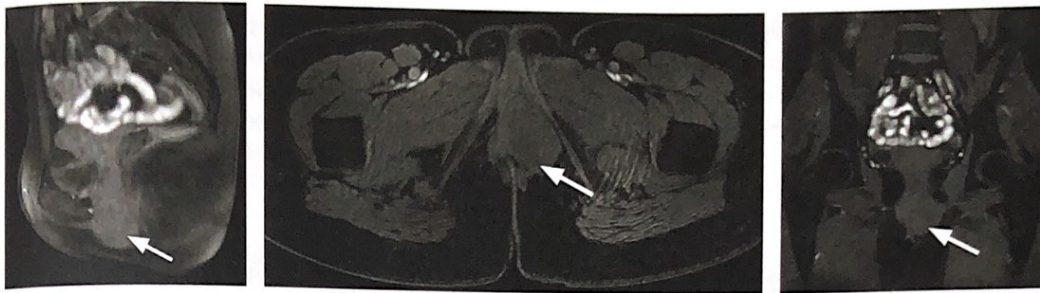


Рис. 4. МРТ органов малого таза, T1 fs VI (сагиттальная, корональная, аксиальная плоскости сканирования). Объемное образование имеет достаточно однородную структуру и изointенсивный МР-сигнал относительно мягких тканей

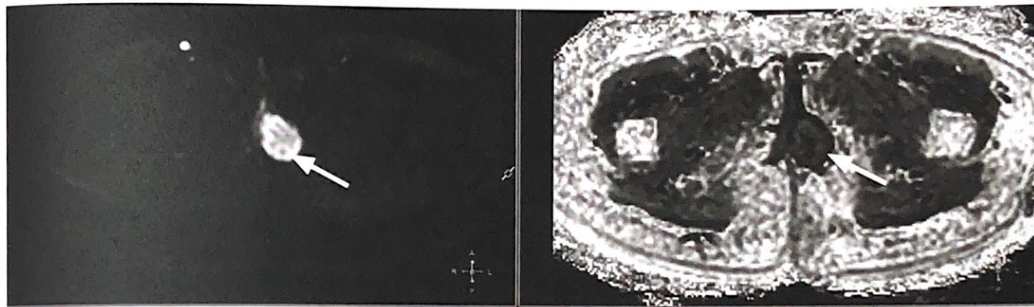


Рис. 5. На диффузионно-взвешенных изображениях с фактором взвешенности  $b = 800$  имеется ограничение диффузии, что соответствует участку гипоинтенсивного сигнала на ADC-карте — истинное ограничение диффузии за счет повышения клеточности

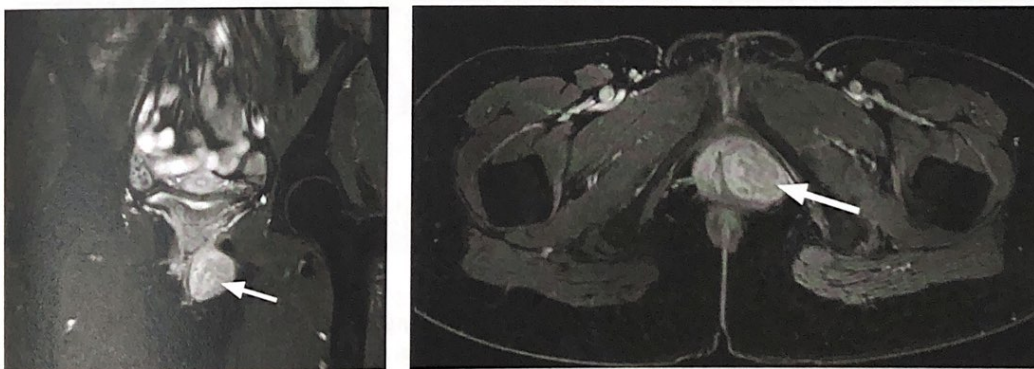


Рис. 6. T1 fs VI с внутривенным контрастным усилением (корональная и аксиальная плоскости). Выявляется интенсивное неоднородное накопление образованием контрастного препарата, можно проследить некоторую дольчатость его структуры

Наиболее частой причиной увеличения БЖ во всех возрастных группах является воспалительное поражение, однако в случае обнаружения солидного объемного образования может быть поставлен предварительный диагноз: гиперплазия. Для окончательного диагноза необходимо полное хирургическое удаление опухоли с последующим гистологическим исследованием. Некоторые заболевания больших, малых половых губ и влагалища могут имитировать



заболевания БЖ. Дифференциальный диагноз ГБЖ включает в себя различные типы кист: гартнерова хода, протока Скина, канала Нука, атеромы, вестибулярную кисту слизистой оболочки, а также такие заболевания, как фиброма, лейомиома, грыжа, гидраденома, гематомы, липома, эндометриоз, сириngoма, добавочная молочная железа, фолликулит, дивертикулы уретры, гнойный гидраденит, шанкرويد, гонорея, сифилис, вагинит, бородавки или киста бартолиновой железы, абсцесс и рак [4].

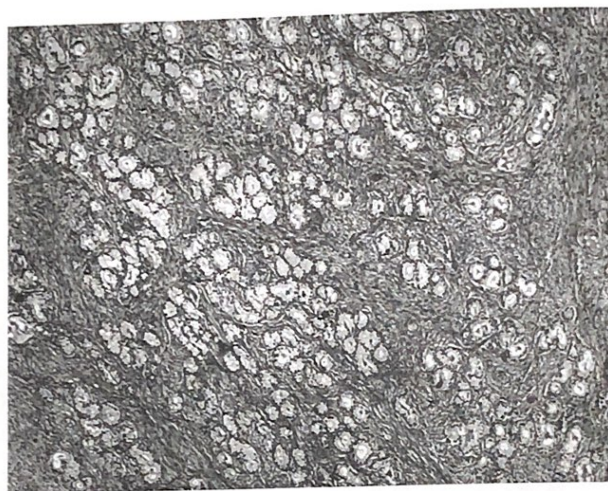


Рис. 7. При гистологическом исследовании опухоль представлена плотно упакованными железами, выстланными цилиндрическим эпителием с мономорфными базально расположенными ядрами с минимальной митотической активностью. В просвете желез эозинофильный секрет с многочисленными вакуолями. Диагноз: гиперплазия бартолиновой железы

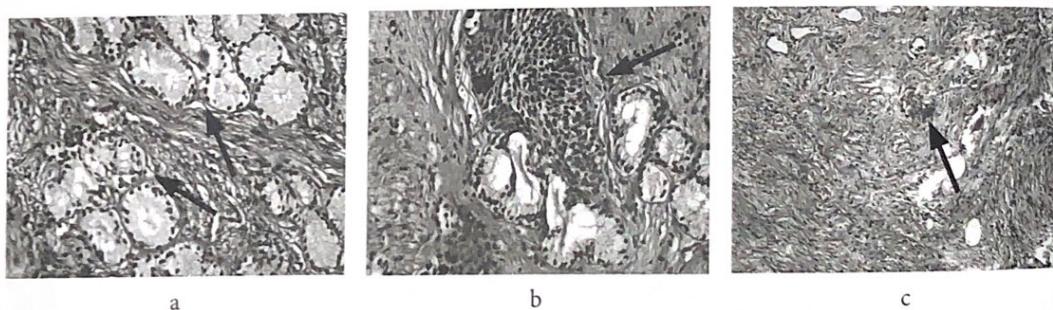


Рис. 8. Гистологическое исследование при большом увеличении: а) плотно упакованные железы; б) участки плоскоклеточной метаплазии протоков; в) сосуды

Узловая гиперплазия, аденома, аденомиома могут вызывать увеличение БЖ и дифференциальный диагноз между этими анатомо-патологическими типами может быть затруднен на основании простого клинического обследования. НГ может быть определена как пролиферация железистых ацинусов с сохраненным соотношением проток/ацинус, как это выявляется в нормальной железе, без образования капсулы и с дольчатым или неправильным контуром. Аденома же может быть диагностирована, если имеются единичные или диффузные участки пролиферации желез, канальцев и ацинусов с наличием капсулы. Дифференциальный диагноз между узловой гиперплазией и аденомой очень важен для четкого определения злокачественного потенциала последней [4].



Анализируя источники литературы по данной теме, упоминаний о распространенности и частоте НГБЖ не было найдено, поскольку в современных англоязычных источниках сообщалось только о 37 клинических наблюдениях.

Santos и Kennarson [8] сообщают о 10 случаях НГ. В их наблюдениях образования были плотной консистенции и неинкапсулированными. Гистологически НГ состояла из пролиферации секретирующих ацинусов с сохранением нормальных взаимоотношений протоков/ацинус. Также отмечались хроническое воспаление и плоскоклеточная метаплазия.

Hyun-Soo K и соавт. [5] рассказывают о пациентке 40 лет с жалобами на дискомфорт в области промежности в течение одного месяца без каких-либо других симптомов, таких, как выделения из влагалища, диспареуния или зуд. Физикальное обследование выявило двусторонние плотные образования с клиническим диагнозом кисты БЖ. Гистологические данные соответствовали ГБЖ.

Jahromi и соавт. [2] сообщают в своей работе о ГБЖ, которая была удалена случайно. Это были два плохо очерченных образования с дольчатой поверхностью, плотной консистенцией, размером  $3 \times 2,2 \times 1,5$  см и  $3,2 \times 2,5 \times 1,5$  см. Микроскопическое исследование показало увеличение числа ацинусов с сохранением протоковоацинарного соотношения, без признаков воспаления. Пациентка принимала оральные контрацептивы в течение 4 лет, что могло оказывать стимулирующее воздействие на БЖ. Было предположено, что гиперплазия может быть результатом гормональных изменений.

Koeing и Tavassoli [7] указывают на 17 случаях НГ. Средний возраст пациенток составил 35 лет. Образования были солидными или кистозно-солидными, имели максимальный размер 2—3 см и часто принимались за кисты при клиническом обследовании. Отмечались различные степени воспаления и плоскоклеточная метаплазия протока. В своем докладе они пришли к выводу, что НГ встречается у более молодых пациентов и часто ассоциируется с воспалением или закупоркой протока БЖ.

Kazakov и Surik [6] представили 2 случая ГБЖ. В одном случае наблюдалась плоскоклеточная метаплазия, в другом — был обнаружен моноклональный паттерн, что свидетельствовало о том, что данный процесс может быть объемным патологическим образованием, а не простой реактивной гиперплазией.

Fiogi и соавт. [3] поделились информацией о 50-летней пациентке с историей повторяющихся эпизодов бартолинита в течение нескольких лет. Они описали случай, когда было выполнено удаление БЖ, после чего поставлен окончательный диагноз НГ.

Haghighi и соавт. [4] описали случай двусторонней ГБЖ у пациентки 37 лет с жалобами на боль в области наружных половых органов и диспареунию. При гинекологическом осмотре и пальпации определялись объемные образования в области БЖ с двух сторон, которые были хирургически удалены. Макропрепарат состоял из плотных масс серовато-белесоватого цвета размером  $4 \times 3 \times 2,5$  см и  $4,5 \times 1,7 \times 1,7$  см. Некроза или кровоизлияний в их структуре не наблюдалось. Микроскопическое исследование показало отек, хронический воспалительный инфильтрат и очаговое расширение протоков с плоскоклеточной метаплазией. Диагноз: гиперплазия и гипертрофия БЖ с хроническим аденитом без признаков злокачественности.

Wal и Antonello [9] показали 3 наблюдения НГБЖ. В первом случае была 35-летняя пациентка с жалобой на плотный узел в правой половой губе без признаков воспаления. Второй случай — 45-летняя женщина с безболезненным фиброзным узлом диаметром 2 см в правой губе. В третьем случае была 38-летняя пациентка с левосторонним отеком вульвы. Гистологическое заключение соответствовало ГБЖ.

Объемное образование должно быть классифицировано как аденома, если оно имеет нарушенное протоково-ацинарное соотношение, диффузную или дезорганизованную ацинарную и протоковую пролиферацию, инкапсуляцию. На основании обзора литературы средний возраст пациенток составлял 36 лет. Самой младшей и старшей пациенткам с НГ было 19 и 56 лет соответственно. Воспалительный, инфекционный процесс, хирургическое вмешательство,



травма или изменение гормонального фона могут выступать в качестве этиологических факторов для пролиферации желез [9].

Таким образом, нодулярная гиперплазия бартолиниевой железы — редкое доброкачественное заболевание, представленное в литературе малочисленным количеством клинических случаев. Лечение НГБЖ хирургическое в виде полного иссечения образования для исключения злокачественного процесса, такого, как плоскоклеточный рак, аденокарцинома или рак аденоидной кисты. Прогноз заболевания, по данным литературы, хороший, признаков диспареунии, болей в промежности и рецидивов не отмечается.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Энциклопедический словарь / Под ред. И. Е. Андреевского, К. К. Арсеньева, Ф. Ф. Петрушевского. Изд. Ф. А. Брокгауз [Лейпциг], И. А. Ефрон [Санкт-Петербург]. — СПб.: Семеновская Типо-Литография. И. А. Ефрона, 1890—1907. — Т. 1-41А [1—82], доп. 1-2А [1—4].
2. Akbarzadeh Jahromi, Mojgan, Fatemeh Sari Aslani, Alamtaj Samsami Dehghani, and Elham Mahmoodi. Bartholin's Gland Bilateral Nodular Hyperplasia: A Case Report Study. Iran. Red Crescent Med. J. 16, no. 6 (June 2014): e8146. <https://doi.org/10.5812/ircmj.8146>.
3. Fiori, Enrico, Daniele Ferraro, Francesco Borrini, Alessandro De Cesare, Giovanni Leone, Alessandro Crocetti, and Alberto Schillaci. Bartholin's Gland Hyperplasia. Case Report and a Review of Literature. Annali Italiani Di Chirurgia. 84, no. ePub (November 18, 2013).
4. Haghghi L., Zanjani M. S., Najmi Z., Hashemi N. Bilateral Hyperplasia of Bartholin's Gland: A Case Report. Iran. J. Med. Sci. 2017; 42 (4): 412—415.
5. Hyun-Soo K., Gou-Young K., Sung-Jig L., Eun-Hee Y., Youn-Wha K. Bilateral Bartholin's Gland Hyperplasia Associated with Bartholin's Gland Cyst: A Brief Case Report. Korean. J. Pathol. 2008; 42: 314—316.
6. Kazakov, Dmitry V., Romuald Curik, Tomas Vanecsek, Petr Mukensnabl and Michal Michal. Nodular Hyperplasia of the Bartholin Gland: A Clinicopathological Study of Two Cases, Including Detection of Clonality by HUMARA. Am. J. of Dermatopathology. 29, no. 4 (August 2007): 385—387. <https://doi.org/10.1097/DAD.0b013e31806f54b3>.
7. Koenig, C. and F. A. Tavassoli. Nodular Hyperplasia, Adenoma, and Adenomyoma of Bartholin's Gland. International Journal of Gynecological Pathology: Official Journal of the International Society of Gynecological Pathologists. 17, no. 4 (October 1998): 289—294.
8. Santos, Leonardo D., Alan R. Kennerson and Murray C. Killingsworth. Nodular Hyperplasia of Bartholin's Gland. Pathology. 38, no. 3 (June 2006): 223—228. <https://doi.org/10.1080/00313020600696223>.
9. Wal R., Antonello M. L. Nodular hyperplasia of Bartholin's gland: case reports and literature review. J. Bras. Patol. Med. Lab. 2011; 47: 555—559.

## Магнитно-резонансное исследование в оценке резектабельности рака поджелудочной железы

Кудашкина А. С., Русанов Д. С., Приц В. В., Черемисин В. М.,  
Камышанская И. Г., Исправникова Ю. С.

СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

ФНУ «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ.** Рак поджелудочной железы (РПЖ) — это группа злокачественных новообразований, исходящих из эпителиальных клеток поджелудочной железы. РПЖ — один из самых летальных видов рака, характеризующийся инвазивным ростом и быстрым распространением, несмотря на относительно высокую гистологическую дифференцировку [5].