
СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

УДК: 616.344-006.66

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ

**Г.Ц. Дамбаев, М.М. Соловьев, С.В. Вторушин, В.В. Скиданенко,
О.А. Фатюшина, Ю.Ф. Быкова**

*ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет»
Минздравоохранения РФ, г. Томск
634028, г. Томск, ул. Савиных, 12, e-mail: yulia.bk.f@Gmail.com*

Проблемы диагностики и лечения злокачественных новообразований тонкой кишки связаны с редкостью заболевания, а также скудностью и неспецифичностью клинической симптоматики. Представленное клиническое наблюдение аденокарциномы подвздошной кишки демонстрирует сложности диагностики данной патологии.

Ключевые слова: злокачественные опухоли тонкой кишки.

A RARE CASE OF ADENOCARCINOMA OF THE ILEUM

G.Ts. Dambaev, M.M. Solovyev, S.V. Vtorushin, V.V. Skidanenko, O.A. Fatyushina, Yu.F. Bykova
*Siberian State Medical University, Tomsk
12-Savinykh Street, 634028-Tomsk, Russia, e-mail: yulia.bk.f@Gmail.com*

Problems in diagnosis and treatment of small intestine cancer are related to the rarity of the disease as well as to the non-specificity of clinical signs and symptoms. This case report describes difficulties in diagnosis of adenocarcinoma of the ileum.

Key words: small intestine cancer.

Опухоли тонкой кишки – редкая патология. Их доля в структуре онкологической заболеваемости составляет 1,1–2,4 % от всех злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта [6, 7]. По результатам гистологических исследований наиболее часто встречается аденокарцинома – в 24–52 %, затем нейроэндокринные опухоли – в 17–41 % случаев, и далее в 12–29 % и 11–20 % – лимфома и саркома соответственно [5, 8]. Частота локализации аденокарциномы тонкой кишки убывает по мере продвижения в дистальном направлении: 64,5 % – в ДПК, 20,5 % – в тощей кишке и 15 % – в подвздошной кишке [1, 3]. Аденокарцинома является наиболее злокачественной по своему течению из всех представленных гистотипов [4, 9]. После постановки диагноза выживаемость в течение одного года при аденокарциноме ДПК составляет 42 %, пятилетняя – 15 %, при аденокарциноме тощей кишки – 60 % и 26 %, подвздошной кишки – 57 % и 25 % соответственно [5, 10].

Ранняя диагностика злокачественных новообразований тонкой кишки проблематична из-за скудности и неспецифичности клинической сим-

птоматики, а также обусловлена трудностями в исследовании тонкой кишки. Нередко первыми симптомами заболевания становятся осложнения: кровотечение или кишечная непроходимость. В настоящее время нет специфических лабораторных маркеров данной онкологической патологии. Из инструментальных методов наиболее значимыми в дооперационной диагностике рака тонкой кишки являются видеокапсульная энтероскопия и инструментально-ассистированная энтероскопия. Капсульная энтероскопия позволяет получить высококачественное изображение слизистой, но обладает рядом существенных недостатков – невозможностью получить биоптат, точно определить локализацию выявленной патологии, возможной задержкой капсулы в тонкой кишке, высокой стоимостью. Более информативным и безопасным методом является инструментально-ассистированная энтероскопия, диагностическая ценность которой близка к интраоперационной и составляет 75–96,4 % [2]. Однако данные методы являются дорогостоящими и еще не получили широкого распространения в России. Все вышеперечисленное

обуславливает позднюю диагностику рака тонкой кишки, которая зачастую происходит интраоперационно, случайно, как в представленном случае.

Больная Е., 46 лет, доставлена в госпитальную хирургическую клинику Сибирского государственного медицинского университета 19.12.11 в порядке скорой помощи с диагнозом: Острая кишечная непроходимость. Из анамнеза: в конце сентября 2011 г. возник эпизод кратковременных схваткообразных болей в животе, который самостоятельно купировался. С 28.11.11 по 05.12.11 пациентка госпитализирована в порядке скорой помощи в дежурный хирургический стационар с явлениями частичной кишечной непроходимости. В течение 2 сут на фоне консервативного лечения явления частичной кишечной непроходимости купированы. Пациентка выписана с диагнозом: Спаечная болезнь. Частичная кишечная непроходимость. Через неделю после выписки приступ повторился, и пациентка была повторно госпитализирована. В анамнезе: аппендэктомия в 1974 г., онкологические заболевания у родственников отрицает.

При поступлении состояние средней степени тяжести. АД 115/70 мм рт. ст., температура 36,7°C, ЧСС 88 ударов в 1 мин. Кожные покровы бледные, влажные. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Живот округлой формы, симметричен, равномерно участвует в акте дыхания, несколько увеличен, вздут; при пальпации мягкий, умеренно болезненный во всех отделах без четкой локализации; перитонеальные симптомы не определялись; в правой подвздошной области послеоперационный рубец (аппендэктомия). Перкуторно в отлогих местах живота притупления не выявлено. Печень по краю реберной дуги. При ректальном исследовании перианальная область без особенностей, в просвете прямой кишки каловые массы. Диурез в норме.

При поступлении в клиническом анализе крови гипохромная анемия (Hb 110 г/л, Эр 3,6х10¹²/л). Биохимические показатели, свертывающая система и общий анализ мочи без особенностей.

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости: Вздутие петель тощей кишки с горизонтальными уровнями жидкости. По ходу толстой кишки газ. Заключение: Кишечная непроходимость.

УЗИ органов брюшной полости, почек и органов малого таза: Выраженный метеоризм. Печень не выступает из-под края реберной дуги, ткань обычной эхогенности, структура однородная. Желчный пузырь 74х35 мм, форма его правильная, стенки уплотнены, содержимое неоднородное, с наличием солидных гиперэхогенных пристеночных включений до 6 мм. Поджелудочная железа не видна. Между петлями кишечника небольшое количество свободной жидкости. Заключение: Полипы желчного пузыря. Жидкость в брюшной полости.

Учитывая жалобы, анамнез, результаты обследований, поставлен диагноз: Острая тонкокишечная непроходимость. Пациентке назначена консервативная терапия. В целях определения уровня обструкции использовано водорастворимое контрастное вещество. Пассаж контраста через 4 ч после приема бария – петли тонкой кишки атоничны, растянуты, уровни сохраняются, прослеживается газ по толстой кишке. Заключение: Частичная тонкокишечная непроходимость.

На фоне консервативной терапии отмечена положительная динамика: болевой синдром практически купирован, после стимуляции кишечника получен стул в небольшом количестве. Однако, учитывая сохраняющиеся рентгенологические признаки острой тонкокишечной непроходимости принято решение о выполнении оперативного вмешательства. При лапаротомии в брюшной полости небольшое количество прозрачной жидкости, петли тонкой кишки резко вздуты, перерастянуты от связки Трейца до места препятствия. На расстоянии 15 см от илеоцекального угла определяется опухолевидное образование размером 2х3 см, циркулярно суживающее просвет органа в виде «кольца», дистальнее кишка в спавшемся состоянии (рис. 1). Выполнена мобилизация тонкой кишки дистальнее опухоли на 10 см и проксимальнее на 50 см, с резекцией 60 см тонкой кишки и формированием межкишечного анастомоза по типу «бок в бок».

Макропрепарат: резецированный фрагмент подвздошной кишки, протяженностью 60 см, в просвете которого определяется опухолевидное образование, размером 2х3 см. Опухоль, полностью обтурирующая просвет кишки, хрящевидной консистенции, на разрезе белого цвета и прорастающая стенку кишки до серозной оболочки, брыжейка не поражена (рис. 2).

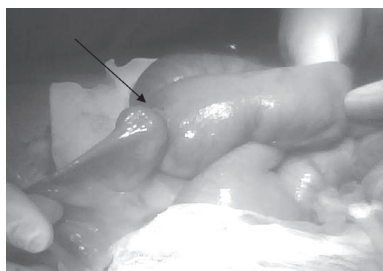


Рис. 1. Макропрепарат. Подвздошная кишка с опухолевидным образованием, суживающим просвет кишки в виде «кольца» (указана стрелкой)

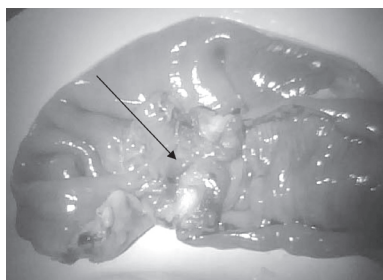


Рис. 2. Макропрепарат на разрезе. Циркулярная опухоль, полностью обтурирующая просвет тонкой кишки

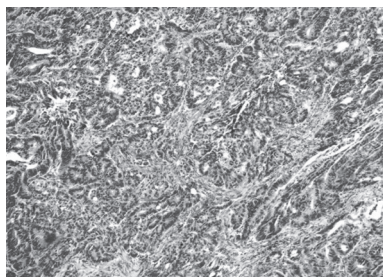


Рис. 3. Микрофото. Аденокарцинома тонкой кишки умеренной степени дифференцировки, представленная железистоподобными и криброзными структурами. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 100$

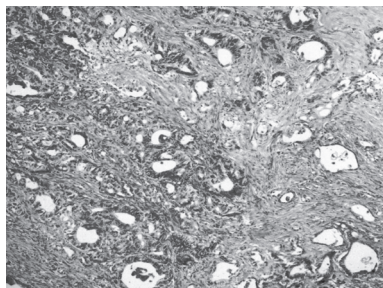


Рис. 4. Микрофото. Инвазия опухолевыми железами мышечного слоя стенки тонкой кишки. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 100$

Для проведения гистологического исследования операционный материал фиксировали в 10 % нейтральном растворе формалина. Материал проводили по стандартной методике. Срезы толщиной 4–5 мкм окрашивали водным раствором гематоксилина и эозина. При микроскопическом исследовании опухоль представлена клетками с нормо- и гиперхромными ядрами с наличием атипических митозов. Опухолевые клетки образовывали железистоподобные и криброзные структуры различной величины. Строма новообразования выражена слабо, неравномерно инфильтрирована лимфоцитами и плазмócитами (рис. 3). Имеется инвазия опухолевой ткани в мышечный слой стенки кишки (рис. 4). По проксимальной и дистальной границам резекции кишки опухолевой ткани не обнаружено. Заключение: Аденокарцинома тонкой кишки умеренной степени дифференцировки с инвазией в мышечный слой кишки.

В послеоперационном периоде швы сняты на 12-е сут, заживление первичным натяжением, пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. Заключительный диагноз: Аденокарцинома подвздошной кишки II ст. ($T_3N_0M_0$). Острая обтурационная тонкокишечная непроходимость. В настоящее время пациентка находится под наблюдением онколога.

Представленный клинический случай наглядно демонстрирует сложности диагностики опухолевого поражения тонкой кишки, которое чаще всего проявляется в виде тонкокишечной непроходимости. Особенности данного наблюдения являются трудности в установлении дооперационного диагноза, связанные с несоответствием клинических проявлений и рентгенологической картины. Истинную природу заболевания удалось установить только при интраоперационной ревизии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Войцеховский В.В., Хаустов А.Ф., Пивник А.В. Опухоли тонкой кишки как причина хронической железодефицитной анемии // Терапевтический архив. 2011. № 10. С. 11–18.
2. Иванова Е.В., Федоров Е.Д., Юдин О.И. и др. Роль энтероскопии в диагностике опухолей и предопухолевых заболеваний тонкой кишки // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2011. № 5. С. 66–74.
3. Соколов В.В., Павлов П.В., Чиссов В.И. и др. Методы реканализации при стенозирующем раке пищевода, желудка и 12-перстной кишки (Обзор литературы) // Сибирский онкологический журнал. 2012. № 5 (53). С. 64–73.

4. Яццкий Н.А., Седов В.М. Опухоли кишечника. СПб.: АНТ-М, 1995. 376 с.

5. *Atlas of Gastroenterology*, 4th Edition / Ed. T. Yamada. Blackwell Publishing Ltd., 2009.

6. Chow J.S., Chen C.C., Ahsan H. et al. A population-based study of the incidence of malignant small-bowel tumors: SEER 1973-1990 // *Int. J. Epidemiol.* 1996. Vol. 25. P. 722-728.

7. DiSario J.A., Burt R.W., Vargas H. et al. Small bowel cancer: epidemiological and clinical characteristics from a population-based registry // *Am. J. Gastroenterol.* 1994. Vol. 89. P. 699-701.

8. North J.H., Pack M.S. Malignant tumors of the small intestine: a review of 144 cases // *Am. Surg.* 2000. Vol. 66. P. 46-51.

9. Pan S.Y., Morrison H. Epidemiology of cancer of the small intestine // *World J. Gastrointest. Oncol.* 2011. Vol. 15. P. 33-42.

10. Pashayan N., Lepage C., Rachet B. et al. Survival trends for small intestinal cancer in England and Wales, 1971-1990: national population-based study // *Br. J. Cancer.* 2006. Vol. 95 (9). P. 1296-1300.

Поступила 10.01.13