

УДК 616.341-006.3.04-07

СЛОЖНЫЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ САРКОМЫ ТОНКОЙ КИШКИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

¹Полынский А.А., ¹Лемешевская З.П., ²Зезюлина О.Н., ²Хильмончик И.В., ²Гузень В.В.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

²УЗ «Городская клиническая больница ц 4 г. Гродно», Гродно, Беларусь

В статье приводится случай саркомы тонкой кишки. Описана клиника, анамнез заболевания, представлены данные результатов лабораторных и инструментальных методов исследований. Наличие клинических признаков тонкокишечной непроходимости обусловило показания к экстренному оперативному вмешательству и ревизии органов брюшной полости, во время которой был установлен диагноз. Цель описания: помощь практикующему врачу в диагностике опухолевых заболеваний тонкой кишки.

Ключевые слова: саркома, тонкий кишечник, клиника.

Введение

Основными видами злокачественных опухолей тонкой кишки являются рак и саркома. Частота встречаемости данных заболеваний от всех локализаций опухолей желудочно-кишечного тракта составляет 1-2,4%. В тонкой кишке злокачественные новообразования встречаются в 40-60 раз реже, чем в толстой. Саркома тонкой кишки встречается несколько чаще, чем рак, и на ее долю приходится треть всех сарком желудочно-кишечного тракта, при этом саркома чаще возникает у молодых людей, в то время как рак развивается в пожилом и старческом возрасте. Наиболее частой локализацией саркомы являются начальный отдел тощей кишки и дистальный отдел подвздошной кишки [1, 3].

Симптомы злокачественных опухолей тонкой кишки зависят от особенностей роста опухоли, ее величины, локализации и стадии процесса, но у 4-5% пациентов заболевание протекает бессимптомно, приводя к трудностям диагностики. Нередко опухоль тонкой кишки диагностируется только во время операции, предпринятой по поводу осложнений заболевания [2].

В данной статье описан сложный случай диагностики саркомы тонкой кишки, приведены результаты инструментальных и лабораторных исследований, их последовательность в подтверждение трудности дифференциальной диагностики заболевания.

Цель описания: помощь практикующему врачу в диагностике опухолевых заболеваний тонкой кишки.

Материалы и методы исследования

Пациент Н, 1988 года рождения, поступил в гастроэнтерологическое отделение УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно» 03.03.15 г. с жалобами на периодические ноющие боли в верхних отделах живота, носящие опоясывающий характер, вздутие, урчание в животе, тошноту, изжогу, снижение аппетита, похудание, общую слабость.

Ухудшение самочувствия отмечает с января 2015 г., когда появились боли в животе, тошнота, периодические эпизоды рвоты, которые купировались самостоятельно. Лечился стационарно по месту жительства в Дятловской ЦРБ. Самочувствие несколько улучшилось. Будучи в г. Гродно, 02.03.2015, вечером, самочувствие ухудшилось. Обратился в приемное отделение больницы самостоятельно, осмотрен дежурным хирургом, данных за острую хирургическую патологию не выявлено, госпитализирован в отделение гастроэнтерологии для дальнейшего обследования и лечения.

Из анамнеза: наследственность не отягощена, из перенесенных заболеваний отмечает простуд-

ные болезни, панкреатит, оперативные вмешательства – грыжесечение и перевязку левой яичковой вены по Иваниссевичу вследствие варикоцеле.

При поступлении общее состояние пациента средней степени тяжести. Телосложение астеническое, пониженного питания. Кожные покровы бледные, сухие. Периферические лимфоузлы не увеличены, отмечается пастозность голеней. Аускультативно – над легкими дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Число дыханий 18 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80 в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. Система органов пищеварения: язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, левом подреберье, окологупочной области. Печень не увеличена; селезенка, желчный пузырь не пальпируются. Перистальтика кишечника обычная, перитонеальные симптомы отсутствуют, стул оформленный, регулярный. Мочевыделительная и эндокринная системы без особенностей.

На основании жалоб, анамнеза, объективных данных пациенту выставлен клинический диагноз: К86.1 Хронический панкреатит в стадии обострения. Хроническая полифакторная анемия легкой степени тяжести.

Результаты инструментальных и аппаратных методов исследования

УЗИ органов брюшной полости и почек 03.03.2015: размеры печени увеличены. КВР правой доли 165 мм, контуры ровные, эхогенность повышена, структура однородная, очаговых образований нет. Сосуды: воротная вена 15 мм, расширена, аорта, нижняя полая вена и печеночные вены в пределах нормы. Желчный пузырь не увеличен, форма S образная – изгиб в теле, стенка 3 мм, образования в полости не определяются, общий желчный проток 3 мм, внутрипеченочные желчные протоки в норме. Поджелудочная железа – форма обычная, положение типичное, лоцируется полностью. Размеры: головка 26 мм; тело 13 мм; хвост 24 мм, контуры ровные, структура однородная, эхогенность в норме. Вирсунгов проток не расширен. Селезенка не увеличена. В малом тазу свободной жидкости нет. Почки – контуры четкие, форма сохранена, размеры не увеличены. Толщина паренхимы 15 мм. Структура паренхимы однородная, ЧЛС не расширена, не уплотнена.

Ректосигмоколоноскопия плановая 10.03.2015: Эндоскоп введен на глубину до купола слепой кишки. Стенка кишки эластичная. Просвет кишки обычный. Патологическое содержимое в просвете кишечника отсутствует. Складки слизистой обычные, слизистая обычного цвета, рисунок прослеживается. Сфинктер нормотоничен. Геморроидальные узлы отсутствуют. Заключение: патологии не выявлено.

Рентгеноскопия пищевода, желудка и 12-перстной кишки 13.03.2015: При обзорной скопии плевральные полости свободны, диафрагма подвижная. Пищевод свободно проходим, в нижней трети в виде гофрированной трубки, кардия широкая, до 30 мм, в кардии 3 желудочные складки. Газовый пузырь сохранен. Желудок обычной формы, подвижен, смещаем. Натощак желудок содержит жидкость. Ретрогастральное пространство до 8 см. Рельеф слизистой оболочки желудка продольный, извитой, неравномерно истончен. Перистальтика активная, эвакуация свободная. Луковица обычной формы. 12-перстная кишка раздражена, пассаж мятникообразный. Нисходящая ветвь умеренно расширена (до 45 мм). Пассаж за связку Трейца свободен. Заключение: Признаки хронического атрофического гастрита, недостаточности кардии 1-2 степени, эзофагита, гипермоторной дискинезии 12-перстной кишки.

На УЗИ органов брюшной полости и почек от 13.03.2015: Печень: размеры увеличены КВР правой доли 176 мм ТЛД 82 мм, остальные данные прежние.

Флюорография 16.03.2015: Легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Корни и средостение не расширены. Диафрагма расположена обычно. Видимые части синусов свободны. Сердце не расширено в поперечнике.

Эзофагогастродуоденоскопия 16.03.2015. Пищевод проходим, гиперемия в абдоминальном отделе, пролабирование слизистой желудка в просвет пищевода, кардиальный жом смыкается неплотно, розетка проходима. В желудке отмечается наличие жидкости мутно-белого цвета в достаточном количестве, стенки эластичные, складки расправились, слизистая гладкая, розовая, определяется очаговая гиперемия в антральном отделе, эрозий нет. Угол желудка в виде арки. Привратник расположен центрично, смыкается, проходим. Луковица 12-перстной кишки не деформирована, стенки эластичные, слизистая гладкая, розовая, петля – без особенностей. Заключение: ГЭРБ. Эзофагит 1 ст. Недостаточность кардии 1 ст. Признаки ГПОД. Эритематозная гастропатия.

УЗИ предстательной железы с мочевым пузырем 17.03.2015: Предстательная железа увеличена, размеры: ширина 46 мм, толщина 36 мм, длина 31 мм, объем 40 см³. Контуры ровные, капсула уплотнена, эхогенность повышена, экоструктура неоднородная. Мочевой пузырь – контур ровный, внутреннее содержимое неоднородное, в просвете множественные гиперэхогенные структуры до 4 мм. В полости малого таза и брюшной полости свободная жидкость. Определяется выраженное расширение петель кишечника.

УЗИ щитовидной железы с лимфатическими поверхностными узлами 18.03.2015: контуры четкие, форма сохранена, размеры не увеличены.

ЭКГ 19.03.2015: Нормальный синусовый ритм. ЧСС 95 ударов в минуту, умеренная тахикардия. Нормальное положение ЭОС. Изменения в миокарде нижней и боковой стенках левого желудочка.

Результаты лабораторных исследований

Глюкоза крови 04.03.2015: Глюкоза крови 4,9 ммоль/л.

Анализ крови RW 04.03.2015: RW № 330 отрицательный.

Биохимическое исследование крови 04.03.2015: Общий белок 39,2 г/л; Мочевина 7,9 ммоль/л; Креатинин 89 мкмоль/л; Билирубин общий 9,45 мкмоль/л; Аспаратаминотрансфераза 17 Ед/л; Аланинаминотрансфераза 9 Ед/л; Калий 4,4 ммоль/л; Натрий 146

ммоль/л; Хлориды 104 ммоль/л; Альбумины 28,1 г/л.

Общий анализ мочи 05.03.2015: цвет соломенно-желтый; прозрачная; реакция кислая pH; относительная плотность 1018; белок не обнаружен; глюкоза отрицательный; эпителий плоский 1-2; лейкоциты 1-2; соли: оксалаты++.

Биохимическое исследование крови 05.03.2015: железо 3,98 мкмоль/л.

Общий анализ крови 05.03.2015: WBC 7,81 тыс/мкл; эритроциты 3,94 млн/мкл; гемоглобин 89 г/л; гематокрит 29,8%; тромбоциты 492 тыс/мкл; СОЭ 24 мм/час; нейтрофилы палочкоядерные 17%; нейтрофилы сегментоядерные 36%; лимфоциты 33%; моноциты 11%; эозинофилы 3%; анизоцитоз +; пойкилоцитоз +++.

Общий анализ мочи 09.03.2015: цвет соломенно-желтый; мутность прозрачная; реакция кислая pH; относительная плотность 1018; белок нет г/л; глюкоза отрицательный; эпителий плоский 1-2; лейкоциты 1-3.

Группа-резус 18.03.2015: группа крови А (II); резус фактор положительный; антиэритроцитарные антитела не выявлены.

Гемостазиограмма 19.03.2015: протромбированное время (ПВ) с 16,8; ПТИ 0,77; фибриноген 3,96 г/л; гематокрит 0,32; этаноловый тест отрицательный.

Анализ на ВИЧ 23.03.2015: ВИЧ отрицательный.

К 16.03.15 состояние пациента стало ухудшаться, усилилась боль в животе, появилась рвота. Лечением врачом после консультации хирурга выполнена обзорная рентгенография брюшной полости. 17.03.2015 в 10.45 на снимке толстая кишка на всем протяжении спазмирована, не контурируется. В тонкой кишке определяются уровни жидкости. В желудке большое количество жидкости. Широкая мышца спины прослеживается.

Выполнено исследование пассажа бария по кишечнику 18.03.2015. Через 1 час 15 минут после приема около половины бария находится в желудке, он подавлен сверху раздутыми петлями тонкой кишки. Около половины бария в тощей кишке, которая имеет арки с уровнями жидкости. Арки и в подвздошной кишке. Толстая кишка не контурируется. Через 2 часа 45 минут положительной динамики нет. Рентгенологическая картина прежняя, продвижения бария нет. Толстая кишка не контролируется.

Наличие клинических признаков тонкокишечной непроходимости обусловили показания к экстренному оперативному вмешательству (18.03.15) – лапаротомии, ревизии органов брюшной полости, во время которой у пациента выявлено тотальное поражение тонкой кишки (от связки Трейца до илеоцекального перехода) опухолевидными образованиями разного размера (от 4-5 до 10 см в диаметре), прорастающими стенку кишки, но не вызывающими тонкокишечную непроходимость. На расстоянии примерно 30-40 см от илеоцекального угла, выявлена инвагинация кишки, пораженной опухолевым процессом в приводящий отдел подвздошной кишки, обусловившая развитие тонкокишечной непроходимости. При этом тонкая кишка переполнена кишечным содержимым и бариевой взвесью. В брыжейке тонкой кишки, в забрюшинном пространстве, парааортально большое количество увеличенных, плотной консистенции, разного размера лимфоузлов. Визуально и пальпаторно других изменений не выявлено.

Выставлен диагноз: лимфосаркома тонкой кишки с метастазированием в забрюшинное пространство.

Инвагинация подвздошной кишки. Острая тонкокишечная непроходимость.

Выполнены трансазальное шинирование тонкой кишки с помощью зонда Эботта-Шиманского, закрытая декомпрессия тонкой кишки, дезинвагинация подвздошной кишки с формированием петлевой энтеростомы на месте инвагината по Торнболлу. Пассаж по тонкой кишке восстановлен. Взята биопсия. Лапаротомная рана ушита.

Послеоперационное течение гладкое, на 12 сутки пациент направлен для определения дальнейшей лечебной тактики в Гродненский областной онкологический диспансер.

Гистологическое исследование № 12132-4 от 24.03.15. Лимфосаркома.

Заключительный диагноз:

- Основной: Множественная лимфосаркома тонкой кишки.

- Сопутствующий: Инвагинация подвздошной кишки. Острая тонкокишечная непроходимость.

Заключение

Описанный выше случай лимфосаркомы тонкой кишки у молодого человека является неоспоримо трудным в диагностике, так как диагноз выставлен только при проведении интраоперационной биопсии.

Пальпаторные данные области живота абсолютно не соответствовали массивности узлового процесса в тонкой кишке, и лишь появление клиники тонкокишечной непроходимости позволило в дальнейшем выставить окончательный диагноз.

Практикующим врачам следует обратить внимание на такие неспецифические проявления болезни как анемия в сочетании с гипопропротеинемией, что, вероятно, ускорит диагностический поиск.

Литература

1. Лимфосаркома тонкой кишки / Л. М. Портнов [и др.] // Медицинская визуализация. – [Электронный ресурс]. – 2002. – Путь доступа: <http://www.medimage.ru/>. – Дата доступа: 19.05.2015.

2. Berman, H Lymphosarcoma of the small intestine / H. Berman, F. Mainella // The American Journal of Surgery. – 1945. – Vol. 70. – P. 121-125.

3. Isaacson, P. Primary gastrointestinal lymphoma / P. Isaacson // Virchows Archiv A. – 1981. – Vol. 391. – P. 1-8.

Literatura

1. Limfosarkoma tonkoj kishki / L. M. Portnov [i dr.] // Medicinskaya vizualizaciya. – [E'lektronny'j resurs]. – 2002. – Put' dostupa: <http://www.medimage.ru/>. – Data dostupa: 19.05.2015.

2. Berman, H Lymphosarcoma of the small intestine / H. Berman, F. Mainella // The American Journal of Surgery. – 1945. – Vol. 70. – P. 121-125.

3. Isaacson, P. Primary gastrointestinal lymphoma / P. Isaacson // Virchows Archiv A. – 1981. – Vol. 391. – P. 1-8.

COMPLICATED CASE OF DIAGNOSIS OF SARCOMA OF THE SMALL INTESTINE (CASE STUDY)

¹Polynskiy A.A., ¹Lemeshevskaya Z.P., ²Zezyulina O.N., ²Khilmonchik I.V., ²Guzen V.V.

¹Educational Establishment "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

²Health Care Institution "City Clinical Hospital № 4", Grodno, Belarus

The article presents a case of sarcoma of the small intestine. Clinical presentation, medical history are described, the results of laboratory and instrumental methods of research are presented. Clinical signs of intestinal obstruction required emergency surgery and the revision of the abdominal cavity, during which the diagnosis was made. The purpose of the description: to help the practitioner in the diagnosis of tumor diseases of the small intestine.

Key words: sarcoma, small intestine, clinical presentation.

Адрес для корреспонденции: e-mail: mailbox@grsmu.by

Поступила 05.06.2015