

УДК 616.351

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОНКОЛОПАТОЛОГИИ ТОНКОЙ КИШКИ**Б.М. Рахимов¹, Е.П. Кривошеков², А.Н. Кирсанов¹**¹ ГБУЗ Самарской области «Тольяттинская городская клиническая больница № 5», Тольятти² ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара

Резюме. Введение. Новообразования тонкой кишки являются трудной для диагностики патологией. До сих пор обнаружение на дооперационном этапе больше считается исключением, чем правилом.

Материалы и методы. Было проведено клиническое исследование 15 пациентов, у которых диагностированы новообразования тонкой кишки на дооперационном этапе. Отбор пациентов для двухэтапной зондовой энтерографии был произведен по особым показателям. Перед исследованием вводились препараты прокинетики для стимуляции моторики ЖКТ. После установки зонда в начальном сегменте тонкой кишки подключался аппарат для дистанционного механического введения контрастного вещества. Параметры введения контрастного вещества следующие – 0,1 кг/см². Это соответствует скорости введения 100 мл в минуту. Для предотвращения перерастяжения просвета кишки контраст вводился порционно. По достижении среднего отдела подвздошной кишки, начиналось порционное введение воздуха. Контроль диагностического процесса производился посредством кратковременного просвечивания и фиксирования полученных данных на пленку.

Результаты и обсуждения. На сегодняшний день большую информативность показывает метод зондовой энтерографии, дополненный спиральной компьютерной томографией. Ускоренное фракционное контрастирование является информативным методом диагностики новообразований тонкой кишки. Однако исследование должно применять с индивидуальным подходом к пациенту, учитывая двигательную активность кишки.

Выводы. Метод зондовой энтерографии лучше дополнять КТ.

Новообразования тонкой кишки с отсутствием клинических проявлений острой кишечной непроходимости могут длительное время наблюдаться и лечиться под видом любого другого заболевания пищеварительной системы.

Хирургический метод лечения новообразований тонкой кишки на сегодняшний день является основным.

Ключевые слова: опухоли, тонкая кишка, злокачественные новообразования, рак, кишечник, кишечная непроходимость, лимфосаркома, анастомоз, энтерография.

Для цитирования: Рахимов Б.М., Кривошеков Е.П., Кирсанов А.Н. Диагностика и лечение онкопатологии тонкой кишки // Вестник медицинского института «Реавиз». – 2020. – № 1. – С. 71–76.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SMALL BOWEL CANCER**B.M. Rakhimov¹, E.P. Krivoshchekov², A.N. Kirsanov¹**¹ State Budgetary Healthcare Institution 'Tolyatti City Clinical Hospital No. 5,' Tolyatti² Federal State Budgetary Institution of Higher Education 'Samara State Medical University,' Ministry of Health of the Russian Federation, Samara

Abstract. Background. Tumors of the small intestine are difficult to diagnose. Their preoperative detection is an exception rather than the rule.

Materials and methods. We examined 15 patients preoperatively diagnosed with small bowel tumors. Patients were selected for two-stage enterography according to special criteria. Before examination, patients received prokinetic agents to enhance gastrointestinal motility. After placing the probe in the initial segment of the small intestine, we connected a special device for remote mechanical administration of contrast agent (0.1 kg/cm², which is equal to 100 mL/min). To prevent overextension of the intestine, we administered contrast by portions. After reaching the middle part of the ileum, we introduced a portion of air. Monitoring of the diagnostic process was performed by short-term radiographic inspection and imaging.

Results and discussion. Multislice computed tomography enterography is currently considered as one of the most informative methods. It is a highly sensitive method for the diagnosis of small bowel tumors. However, a tailored approach should be used during examination with the consideration of gastrointestinal motility.

Conclusion. Multislice computed tomography enterography has a number of advantages over conventional enterography.

Small bowel tumors that are not associated with clinical signs of acute intestinal obstruction may remain undiagnosed for a long time and treated as any other gastrointestinal diseases.

Surgical treatment of small bowel tumors remains the main therapeutic measure for patients.

Key words: tumors, small intestine, malignancies, cancer, bowel, intestinal obstruction, lymphosarcoma, anastomosis, enetrography.

For citation: Rakhimov B.M., Krivoshchekov E.P., Kirsanov A.N. Diagnosis and treatment of small bowel cancer. *Bulletin of the Medical Institute 'Reaviz'*. 2020; 1: 71–76.

Введение

Распространенность новообразований тонкой кишки среди всех онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта составляет 2 %, несмотря на такую значительную протяженность этого органа. Различные авторы приводят следующие значения: новообразования тонкой кишки составляют 0,06 % до 6 % по отношению к опухолевым заболеваниям желудочно-кишечного тракта [1]. Сведения по данным аутопсий разнятся и составляют 10 % [2].

Доля онкопатологии приходится на доброкачественные образования, которые протекают бессимптомно и в конечном итоге являются находкой патологоанатомов. Злокачественная онкопатология протекает с более выраженной симптоматикой, но чаще всего к моменту их возникновения выявляется отдаленное метастазирование. Такая скудная симптоматика затрудняет раннюю диагностику и терапию этой категории пациентов. Структура онкопатологии тонкого кишечника приведена в таблице 1 [3].

Выявление значительной доли онкопатологии происходит случайно во время рентгенологического исследования, лапаротомии, аутопсии. Если наличие опухоли осложняется кишечной непроходимостью или распадом – проявляется соответствующая клиническая картина.

Симптоматика «малых» или «больших» признаков опухолей в большинстве случаев сигнализирует о далеко запущенном характере процесса. Около 50 % пациентов со злокачественными образованиями тонкой кишки поступают с болями, явлениями кишечной непроходимости. Частота встречаемости перфорации составляет 10 %, как правило, у пациентов со злокачественными лимфомами.

Новообразования тонкой кишки являются трудной для диагностики патологией. До сих пор обнаружение на дооперационном этапе больше считается исключением, чем правилом [4].

Таблица 1

Структура онкопатологии тонкого кишечника

Доброкачественные	Частота встречаемости	Злокачественные	Частота встречаемости
	30–40 %		60–70 %
GIST, лейомиома	30–40 %	GIST	10–20 %
Аденома	20–30 %	Аденокарцинома	30–50 %
Липома	15 %	Карциноид	20–30 %
Гемангиома	10 %	Лимфома	15 %
Другие	15 %		

Материалы и методы

Было проведено клиническое исследование 15 пациентов, у которых диагностированы новообразования тонкой кишки на дооперационном этапе, при помощи оригинального устройства для дистанционного введения бариевой взвеси в просвет тонкой кишки (свидетельство на полезную модель № 31328 от 10 августа 2003 г.). Устройство произведено при сотрудничестве с кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии с курсом медицинской информатики СамГМУ, отделом лучевой диагностики Самарского областного онкологического диспансера.

Данное устройство дает возможность проводить зондовую энтерографию по любой из ныне существующих методик на телеуправляемых рентгеновских аппаратах.

Отбор пациентов для двухэтапной зондовой энтерографии был определен по следующим показаниям [1]: анемия неясного генеза; желудочно-кишечное кровотечение с неустановленным источником; лихорадка неясного генеза; немотивированная потеря массы тела; боль в животе неясного происхождения; диарея сменяющаяся запорами; выявление объемных образований брюшной полости при других методах исследования; состояние после операции по поводу болезни Крона тонкой кишки; частичная кишечная обструкция при неизвестной причине и локализации поражения; полипоз толстой кишки; свищ в правой подвздошной области; боль в правой подвздошной области после перенесенной аппендэктомии; гранулематозный колит; неспецифический язвенный.

За день до исследования пациентам рекомендовали обильное питье и прием жидкой пищи. Последний прием должен состояться не менее чем за 12 часов до исследования. Накануне вечером и утром за два часа назначались очистительные клизмы с водой комнатной температуры в объеме 1–1,5 литра. В день процедуры запрещалось употребление лекарственных средств, воды, курение. Исследование производилось натощак.

Перед исследованием, за 15 минут пациенту подкожно вводили церукал в объеме 2,0 мл. Препараты прокинетики значительно сокращают время исследования, так как усиливают перистальтическую активность пищевода, желудка, тонкой кишки. Зондирование осуществлялось полихлорвиниловым дуоденальным зондом с внешним диаметром 4 мм длиной 125 см. В качестве проводника использовались отечественные сосудистые проводники той же длины. Проводник вводился в зонд до начала зондирования и не извлекался из него до конца исследования. Перед зондированием проводили местную анестезию носо- и ротоглотки 2 % раствором лидокаина через нижний носовой ход. При этом больной совершал глотательные движения во избежание аспирации лидокаина в дыхательные пути. Осуществляли носовое зондирование. Лишь в одном случае зонд провели через ротовую полость. Введение зонда начинали в положении пациента сидя, позвоночник выпрямлен, голова откинута назад. Обработанный вазелином зонд вводился по нижнему носовому ходу, далее вводился в пищевод. При продвижении зонда по ротоглотки и гортаноглотки пациентом совершались глотательные движения, чтобы избежать аспирации препарата в дыхательные пути. После того как зонд устанавливался в выходных отделах желудка, пациента помещали на универсальный штатив рентгенодиагностического аппарата. Продвижение зонда через привратник осуществляли в горизонтальном положении больного на правом боку, под контролем рентгеноскопии. После выхода зонда из желудка зондирование продолжали в положении пациента на спине.

После установки зонда в начальном сегменте тонкой кишки подключался аппарат для дистанционного механического введения контрастного вещества. Параметры введения контрастного вещества следующие – 0,1 кг/см². Это соответствует скорости введения 100 мл в минуту. Для предотвращения перерастяжения просвета

кишки контраст вводился порционно. По достижении среднего отдела подвздошной кишки начиналось порционное введение воздуха. Контроль диагностического процесса производился посредством кратковременного просвечивания и фиксирования полученных данных на пленку.

Хирургический метод лечения является основным в терапии новообразований тонкой кишки, а характер операции зависит от морфологии опухоли, ее локализации, стадийности процесса, наличия осложненных состояний [5]. При выявлении аденокарцином различных отделов пятилетняя выживаемость составляет для двенадцатиперстной кишки – 28,2 %, тощей и подвздошной кишок – 37,8 %, при медиане выживаемости для двенадцатиперстной кишки – 16,9 месяца, тощей и подвздошной кишки – 29,6 месяца [2].

Клинические случаи

1. Пациент Г., 39 лет, поступила в городскую клиническую больницу № 5 г. Тольятти экстренно 01.03.2006 г. с клинической картиной обострения хронического холецистопанкреатита, проявляющегося тяжестью в подложечной области после еды, рвотой, интенсивными схваткообразными болями в левой половине живота с иррадиацией в спину. Много лет наблюдается с диагнозом хронический холецистит. В декабре 2005 проходила курс стационарного лечения в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом хронический бескаменный холецистит в стадии обострения и феврале 2006 года с диагнозом обострение хронического гастродуоденита (НР ++), по результатам ЭФГДС. Заключение ультразвукового исследования органов брюшной полости – хронический холецистопанкреатит. Получала соответствующее консервативное лечение, был проведен курс эрадикации по поводу НР. Результаты консервативного лечения, по сути, оказались неудовлетворительными. Исследованные показатели крови (ОАК, биохимическое исследование) и мочи не показали отклонений от общепринятых показа-

телей. Учитывая подозрение на частичную тонкокишечную непроходимость, была проведена зондовая энтерография, по результатам которой: «В дистальных отделах тощей кишки выявляется участок стойкого циркулярного сужения просвета кишки до 0,5 см на протяжении 6,0 см. Определяется престенотическое расширение и некоторый стаз контрастной массы».

Просвет дистальных петель был в пределах нормы. При введении воздуха отмечается ограничение эластичности стенки, при воздействии на переднюю брюшную стенку подвижность петли сохранена. Заключение: Злокачественное образование дистальных отделов тощей кишки. Признаки частичной тонкокишечной непроходимости. С целью верификации выявленных изменений проведена СКТ, которая позволила оценить степень утолщения стенок кишки (до 1,0 см) на этом уровне, в корне брыжжейки выявлены два увеличенных до 3,0 см лимфатических узла.

Во время операции на расстоянии 1,5 м от связки Трейца выявлена опухоль обтурирующая просвет тощей кишки, размером 6,0×4,0 см, бугристая, плотная на ощупь.

В непосредственной близости от нее два крупных лимфатических узла до 3,0×4,0 см. На разрезе представлены тканью плотноэластической консистенции, белесоватые на вид.

При интраоперационной цитодиагностике: в л/узле гиперплазия клеточного типа. Произведена частичная резекция измененного участка тонкой кишки с отступом на 10,0 см в каждую сторону. Анастомоз конец в конец. Патологогистологическое исследование: Лимфосаркома тонкой кишки. В регионарных лимфоузлах морфологическая картина разнообразная: явления иммунного дефицита сочетаются с гуморальной клеточной реакцией и бластной трансформацией.

2. Пациент Г., 57 лет, поступила в городскую клиническую больницу № 5 г. Тольятти планово 03.05.2006 г. с правильным диагнозом постхолецистэктомический синдром (ПХС). Предъявляла жало-

бы на постоянную тошноту, периодическую отрыжку воздухом с тухлым запахом, ежедневную рвоту желчью, постоянную тяжесть в подложечной области, отмечает расстройство стула в виде запоров. Похудание на 20 кг за 4 месяца. Много лет чередование запоров и поносов. В анамнезе 15 лет назад струмэктомия. В октябре 2005 перенесла эндоскопическую холецистэктомию. После операции в течение месяца чувствовала себя удовлетворительно. Последние 2 недели ухудшился аппетит, появились вышеуказанные жалобы.

По результатам клинического осмотра выставлен предположительный диагноз: хроническое нарушение дуоденальной проходимости (ХНДП), подозрение на объемное образование поджелудочной железы.

Учитывая подозрение на нарушение дуоденальной проходимости, было проведено рентгенологическое исследование пищевода, желудка и 12-перстной кишки, которое дополнили пассажем контрастной взвеси по тонкой кишке. На расстоянии 1,0 м от flexura duodenojejunalis был выявлен участок стойкой деформации просвета тонкой кишки протяженностью до 4 см, престенотическое расширение просвета кишки до 9,0 см. Эвакуация через описываемый отдел значительно замедлена.

Длительная задержка контрастного вещества в петлях тонкой кишки. Отсроченный обзорный снимок через 24 часа от начала исследования показал, что достаточно большое количество контрастной взвеси остается в кишке проксимальнее сужения. Заключение: «Признаки тонкокишечной непроходимости на уровне тощей кишки. Новообразование одной из петель тонкой кишки».

Во время лапаротомии выполнена последовательная ревизия органов брюшной полости. На расстоянии метра от связки Трейца выявлена опухоль грибовидной формы обтурирующая просвет тощей кишки, размером 3,5×4,0 см, бугристая, плотная на ощупь, белесоватая, прорастающая в серозный слой. Проксимальные отделы киш-

ки перерастянуты. Произведена частичная резекция измененного участка тонкой кишки с наложением анастомоза конец в бок, краевая резекция подпаянных отделов большого сальника.

Патологогистологическое исследование: «Умеренно дифференцированная темноклеточная аденокарцинома тонкой кишки. В участках с более высокой дифференцировкой имеет папиллярное строение, иногда со слизееобразованием. Опухоль прорастает до серозной оболочки. В тканях резецированного большого сальника метастаз аденокарциномы. Во взятых для исследования регионарных лимфоузлах метастазов не обнаружено».

Имеем в своем архиве наглядный пример, когда диагноз объемного образования тонкой кишки не был установлен по результатам пассажа бариевого контраста по петлям тонкой кишки, несмотря на весьма убедительные клинико-инструментальные данные.

Результаты и обсуждение

Новообразования тонкой кишки относятся к трудно диагностируемым заболеваниям. К сожалению, диагностические возможности рутинной контрастной рентгенографии (пассаж бария) весьма ограничены. Клиническая картина болезни на ранних этапах также весьма скудна [4]. Приемы стандартизации исследования тонкой кишки методом пассажа бариевой взвеси, при неполном нарушении проходимости тонкой кишки несут в себе риск «ложноотрицательного» диагноза. Спиральная компьютерная томография информативна при аденопатии брыжжейки, измерении брыжеечного жира. (чувствительность 75 %, специфичность только 20 %).

На сегодняшний день большую информативность показывает метод зондовой энтерографии, дополненный спиральной компьютерной томографией. Что позволяет достаточно уверенно диагностировать объемный процесс тонкой кишки. (Представляет несомненный научный и практиче-

ский интерес метод самостоятельной зондовой СКТ энтерографии водорастворимыми контрастными веществами).

Полученная таким методом рентгенологическая картина подтверждала ранее известную клинику заболевания и проясняла ее проявления, такие как: замедленный пассаж контрастного вещества по всей конкой кишке, задержка эвакуации контрастной массы по деформированным петлям; длительное тугое наполнение проксимального отдела петли с резко выраженным контуром на границе опухоли; сдавление просвета кишки новообразованием с выраженным супрастенотическим расширением проксимальной петли; деформированный и «застывший» рельеф, повторяющий деформацию стенки кишки.

Ускоренное фракционное контрастирование является информативным методом диагностики новообразований тонкой кишки. Однако исследование должно применять с индивидуальным подходом к пациенту, учитывая двигательную активность кишки. Данные, полученные в ходе исследования, согласуются с показателями других авторов [1].

Выводы

Большую информативность показывает метод зондовой энтерографии, дополненный КТ. Ускоренное фракционное контрастирование наиболее информативно при индивидуальном учете моторики кишечника каждого пациента.

Новообразования тонкой кишки с отсутствием клинических проявлений острой кишечной непроходимости могут длительное время наблюдаться и лечиться под видом любого другого заболевания пищеварительной системы.

Необходимо подтверждать данные, полученные при стандартном пассажном исследовании кишечника, современными рентгенконтрастными методами, если у пациента имеется подозрение на тонкокишечную непроходимость и/или тонкокишечное кровотечение.

Хирургический метод лечения новообразований тонкой кишки на сегодняшний день является основным. Характер этого лечения зависит от стадийности, локализации образования.

Список литературы // References

- 1 Korolyuk I.P., Polyarush N.F. Sovremennye rentgenokonstrastnye metody issledovaniya v diagnostike bolezni krona tonkoj kishki // Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. – 2005. – Т. 15. – № 3. – С. 85–91.
- 2 Aiello Croci Foglio V, Flores Flores G, Oate Ocana LF, Mondragon Sanchez R. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9480523>
- 3 James R. Howe M.D., Lucy H. Karnell Ph.D., Herman R. Menck M.B.A. Adenocarcinoma of the small bowel // Review of the National Cancer Data Base, 1985–1995
- 4 Levchuk A.L., Zubrickij V.F., Kovtun A.V. Sovremennye metody diagnostiki opuholej tonkoj kishki // Medicinskij vestnik MVD. – 2019. – № 2 (99). – С. 27–34.
- 5 Morkovkina Yu.P. Hirurgicheskaya taktika pri oslozhnennoj opuholi tonkoj kishki // Aktual'nye problemy eksperimental'noj i klinicheskoj mediciny materialy 76-j mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii molodyh uchenyh i studentov. – Volgograd, 2018. – С. 146–147.

Авторская справка

Рахимов Бахтияр Мадатович, доктор медицинских наук, профессор, ГБУЗ Самарской области «Тольяттинская городская клиническая больница № 5», Тольятти, Россия

Кривощек Евгений Петрович, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии ИПО, ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия

Кирсанов Алексей Николаевич, заместитель главного врача по консультативно-диагностическим вопросам, заведующий отделением лучевой диагностики, ГБУЗ Самарской области «Тольяттинская городская клиническая больница № 5», Тольятти, Россия