

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕХОДЖКИНСКОЙ ЛИМфомы ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ И ПЕРИТОНИТОМ

С. В. ТАРАСЕНКО<sup>1</sup>, А. А. НАТАЛЬСКИЙ<sup>1</sup>, О. Д. ПЕСКОВ<sup>1</sup>, В. Б. АФТАЕВ<sup>2</sup>, О. В. ЗАЙЦЕВ<sup>1</sup>, С. Ю. ПРУС<sup>2</sup>,  
В. П. КОЧУКОВ<sup>3</sup>, И. Ю. ВИНОГРАДОВ<sup>2</sup>, И. А. МИНКОВА<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Рязань

<sup>2</sup>Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Рязань

<sup>3</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение «Объединенная больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ, Москва

### Сведения об авторах:

Тарасенко Сергей Васильевич – д.м.н., профессор, зав. каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Натальский Александр Анатольевич – д.м.н., доцент каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, e-mail: lorey1983@mail.ru

Афтаев Виктор Борисович – врач-хирург 2 хирургического отделения ГБУ РО ГК БСМП

Песков Олег Дмитриевич – к.м.н., доцент каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Зайцев Олег Владимирович – д.м.н., доцент каф. Госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Прус Станислав Юрьевич – к.м.н., врач-хирург 2 хирургического отделения ГБУ РО ГК БСМП

Кочуков Виктор Петрович – д.м.н., заведующий хирургическим отделением ФГБУ Объединенная больница с поликлиникой управления делами президента РФ

Виноградов Игорь Юрьевич – врач патолого-анатомического отделения ГБУ РО ГК БСМП

Минкова Инна Александровна – интерн каф. Госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

За последние 10 лет наблюдается неуклонный рост заболеваемости неходжкинскими лимфомами. Первичное поражение желудочно-кишечного тракта выявляется у 2/3 больных. Наиболее часто по гистологической структуре это В-крупноклеточные лимфомы, поражающие желудок, тонкий и толстый кишечник. Наиболее часто лимфомы, поражающие кишечник, выявляются у мужчин работоспособного возраста. В 60-70% неходжкинские лимфомы осложняются кишечной непроходимостью, в то время как угрожающие жизни состояния, такие как перфорация опухоли и кровотечение встречаются относительно редко и составляют всего 1-3% случаев. В данной статье приводится клинический случай В-крупноклеточной неходжкинской лимфомы подвздошной кишки, осложненной перфорацией, местным перитонитом.

**Ключевые слова:** неходжкинские лимфомы, перфорация, перитонит.

В последние годы заболеваемость неходжкинскими лимфомами имеет неизменную тенденцию к росту, особенно в экономически развитых странах, где она за последние 25 лет возросла более чем на 50%. Неходжкинские лимфомы представляют собой гетерогенную группу лимфопролиферативных заболеваний, различающихся по морфологическому строению, клинической картине, характеру и проводимой терапии. В большинстве случаев они дебютируют путем поражения периферических или висцеральных лимфатических узлов (нодальные лимфомы). В настоящее время отмечается увеличение количества больных экстранодальными неходжкинскими лимфомами, которые наиболее часто поражают желудочно-кишечный тракт, центральную нервную систему, ВИЧ-инфицированных пациентов [1, 2].

Среди всех опухолей желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) 5-10% приходится на лимфомы, которые в подавляющем боль-

шинстве случаев представлены неходжкинскими лимфомами (НХЛ). Лимфомы ЖКТ составляют 30-40% всех экстранодальных форм НХЛ [3]. Первичное поражение ЖКТ встречается у 2/3 пациентов. Вторичное поражение развивается либо путем метастазирования (90%), либо вследствие прорастания опухоли из соседних структур (10%). Лимфомы с этой локализацией с большей частотой встречаются у мужчин (соотношение мужчин и женщин 2:1). Пик заболеваемости приходится на возраст 50-70 лет. Из органов ЖКТ в большей степени поражаются желудок (94,3-74,4%), на втором месте – тонкая кишка (12,8-45%), на третьем месте – толстая кишка (6-22%). У подавляющего числа пациентов (96%) в опухолевый процесс вовлекается один отдел пищеварительного тракта, лишь у 4% выявляют поражение двух и более отделов. У 15-20% больных НХЛ наблюдается мультицентрическое поражение одного отдела ЖКТ.

Среди злокачественных лимфопролиферативных заболеваний ЖКТ 90% составляют В-клеточные опухоли, которые подразделяются на индолентные, агрессивные, высокоагрессивные формы. При НХЛ тонкой кишки преобладает диффузная В-крупноклеточная лимфома (26-69%), хотя возрастает и частота лимфом Беркитта до 36%. В 25-50% случаев обнаруживается лимфома IPSID-типа (иммунопролиферативное заболевание тонкой кишки), характерное только для тонкой кишки. Различные морфологические варианты НХЛ толстой кишки встечаются со следующей частотой: диффузная В-крупноклеточная лимфома 47-81%, Т-клеточная 5,8-17,9%, из клеток зоны мантии 9-17%, MALT- 6%, фолликулярная 5%, Беркитта 3%.

Проявления лимфом с различной локализацией в органах ЖКТ крайне разнообразны, и выявить сугубо специфические признаки проблематично. С одной стороны, у больных могут быть симптомы, присущие как нодальным, так и экстранодальным лимфомам, а с другой – симптомы, характерные для любых опухолей ЖКТ. Вместе с тем течение болезни может зависеть от локализации и формы роста опухоли [4].

Трудность диагностики заключается в том, что клинические симптомы отсутствуют, а общее состояние больного длительное время остается удовлетворительным. По мере развития опухоли у большинства пациентов основными симптомами являются боль в животе, рвота, кахексия. Современная диагностика неходжкинских лимфом ЖКТ предусматривает проведение эндоскопической биопсии, эндоскопического ультразвукового исследования, КТ, МРТ, позитронно-эмиссионная томография или гибридные ПЭТ-КТ с использованием, в том числе, новых индикаторов ПЭТ, таких как 18F-фтор-тимидина [5]. Гистологический диагноз лимфом ЖКТ верифицируется только при наличии четких морфологических признаков заболевания, а также при использовании методов иммуногистохимии и данных молекулярно-генетического исследования [6].

В целом, для подтверждения диагноза первичной лимфомы ЖКТ, помимо всех исследований, используют критерии Дюсона, которые включают в себя отсутствие пораженных периферических лимфатических узлов, отсутствие увеличенных лимфатических узлов средостения, нормальные гематологические показатели периферической крови, возможное наличие во время лапаротомии видимого поражения кишечника и регионарных лимфатических узлов, а также отсутствие поражения печени и селезенки.

На любой стадии заболевание может осложниться кровотечением, стенозом, перфорацией непосредственно в зоне опухолевого поражения. Указанные симптомы могут стать причиной летального исхода у 12-19% больных. Кровотечение при поражениях ЖКТ является не частым осложнением и значительно уступает по частоте острой кишечной непроходимости при стенозирующих формах заболевания. Перфорации лимфом тонкого кишечника встречаются сравнительно редко и могут возникнуть как при местно распространенных формах заболевания, так и на ранних стадиях опухолевого процесса [7].

Приводим клинический случай: пациентка Г., 77 лет поступила во 2-е хирургическое отделение ГБУ РО ГК БСМП 26 сентября 2016 года с клиникой острого живота. При поступлении предьявляла жалобы на боли во всех отделах живота, тошноту, рвоту, задержку стула и газов, вздутие живота. Вышеописанные жалобы беспокоят в течение 8 часов с момента заболевания, появились остро в 01.00 26.09.16. В анамнезе у больной ИБС. Диффузный кардиосклероз. Пищевая полиаллергия. Перенесенные операции: мастэктомии (1997 год), аппендэктомия, замена хрусталика левого глаза.

При осмотре общее состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Язык влажный, чистый. Живот умеренно вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. Аускультативно перистальтика вялая. При пальпации болезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины положительные. Физиологические отправления нарушены.

При поступлении лейкоциты крови  $15,4 \cdot 10^9/\text{л}$ , эритроциты  $4,3 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин 150 г/л, гематокрит 0,44, амилаза мочи 617 ед/л. Выполнено УЗИ брюшной полости: патологических изменений органов брюшной полости не выявлено, свободной жидкости нет. Рентгеноскопия органов брюшной полости (26.09.16): с обеих сторон под куполом диафрагмы незначительное количество свободного газа. Патологических уровней жидкости не выявлено.

Больной проведена предоперационная подготовка. Состояние больной без положительной динамики. Боли в животе усилились, была рвота, сохраняются вздутие и вялая перистальтика. По экстренным показаниям, спустя 3 часа с момента поступления, больная взята в операционную. Под эндотрахеальным наркозом выполнена нижне-срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости выявлено умеренное количество мутного выпота, взят бактериологический посев. В ходе операции осмотрена печень, желудок, двенадцатиперстная кишка, толстая кишка – без признаков патологии. Петли тонкой кишки не раздуты, признаков непроходимости не обнаружено. В 60 см от илеоцекального угла на подвздошной кишке, ближе к брыжеечному краю, определяется плотное опухолевидное образование размерами 2,5×3,5 см. В центре опухоли имеется перфорация диаметром 0,9 см с некротизированными краями и наложениями фибрина (рис. 1). Стенка подвздошной кишки и брыжейка вокруг образования гипертрофированы и отекают, утолщены, инфильтрированы с налетом фибрина. Прилежащие петли тонкой кишки также имеют наложения фибрина в виде пленок. Лимфоузлы брыжейки подвздошной кишки пальпаторно не определяются. В соответствии с онкологическими принципами выполнена резекция участка подвздошной кишки длиной 60 см: лигированы сосуды брыжейки, проксимальнее опухоли отступили 20 см, дистальнее – 40 см. Сформирован тонко-тонкокишечный анастомоз однорядным узловым швом викрилом 3.0. Произведен гемостаз, дренирование брюшной полости, послойный шов раны.





Рис. 1. Макропрепарат резецированного участка подвздошной кишки. Перфорация лимфомы по брыжеечному краю кишки

Выполнено патологистологическое исследование № 2983: в исследуемых объектах тонкой кишки диффузная лимфоидная инфильтрация (рис. 2).

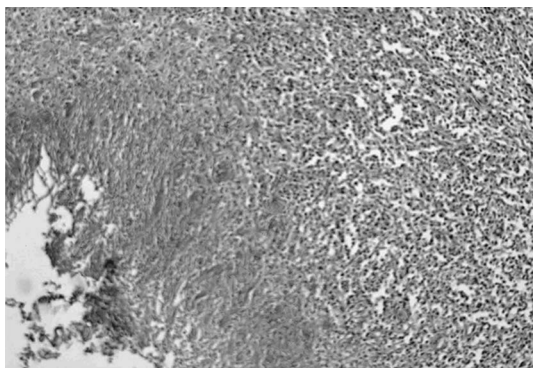


Рис. 2. Окраска гематоксилин-эозином. Участки некрозов с перифокальной лимфоидной инфильтрацией стенки кишки

Иммуногистохимическое исследование № 22197-99 с антителами к антигенам: ОЦК (общие цитокератины), ОЛА (общелейкоцитарный антиген), виментину, S-100, CD-20, CD-3 и Ki-67. Реакция с ОЛА и CD-20 положительная в клетках опухоли. Опухолевые клетки не экспрессируют ОЦК, виментин, S-100, CD-3. Индекс Ki-67 равен 80%. Заключение: фенотип диффузной В-крупноклеточной неходжкинской лимфомы (рис. 3–5).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Проводилась антибактериальная и обезболивающая терапия, ежедневные перевязки раны. Дренажи удалены на 3-е сутки. Швы сняты на 9-е сутки. Заживление раны первичным натяжением. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение по месту жительства. Рекомендовано ограничение физической нагрузки в течение месяца, наблюдение у онколога, МРТ брюшной полости через 4 недели.

Таким образом, представленный клинический случай подтверждает трудности клинической, инструментальной и ла-

бораторной диагностики осложненных форм неходжкинских В-крупноклеточных лимфом подвздошной кишки.

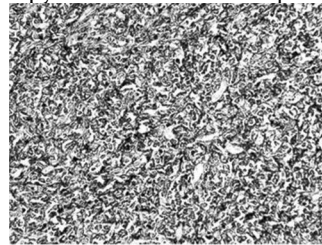


Рис. 3. Реакция ОЛА

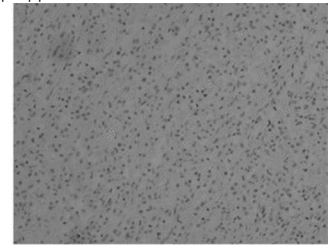


Рис. 4. Реакция ОЦК

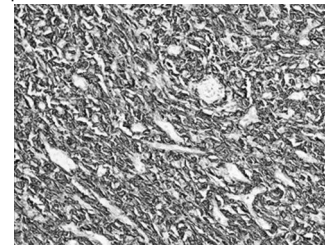


Рис. 5. Реакция CD-20

### Список литературы

1. Богданов А.Н., Максимов А.Г., Саржевский В.О., Аносов Н.А. Особые формы неходжкинских лимфом // Практическая онкология. 2004. Т.5. N.3. С.217-221.
2. Колесник Е.А. Злокачественные лимфомы пищеварительного тракта // Онкология. Т5. N.1. 2003. С.63-68.
3. Поддубная И.В. Первичные лимфомы желудочно-кишечного тракта. Клиническая онкогематология. Под редакцией М.А.Волковой М.: Медицина. 2007:734-70
4. Ильин Н.В., Виноградова Ю.Н., Николаева Е.Н., Крицкая А.В., Червяков А.М., Костеников Н.А. Первичные экстраганальные лимфомы // В кн. «Лимфомы». Научно-практическое издание. Под общей редакцией академика РАМН А.М. Гранова и профессора Н.В.Ильина. Санкт-Петербург. 2010 С.171-215.
5. Малихова О.А. Современная стратегия комплексной эндоскопической диагностики и мониторинг неходжкинских лимфом желудка. Дис. докт. мед. наук: Москва. 2010. 194 с.
6. Мазуров В.И., Криволапов Ю.А. // Классификация лимфом. Морфология, иммунофенотип, молекулярная генетика неходжкинских лимфом. Практическая онкология. 2004. Т.4. N.3. С.171-176
7. Шаленков В. А., Неред С. Н., Поддубная И. В., Стилиди И. С. Место хирургии в лечении осложненных форм неходжкинских лимфом желудочно-кишечного тракта // Клиническая онкогематология. 2012. №4 С.338-348.
8. Ismail H. The Profile of Primary Gastrointestinal Lymphoma in Egyptian Patients. J. Egypt. Nat. Cancer Inst. 2002; 14(2): 169-75.
9. Sbitti Y., Ismaili N., Bensouda Y. et al. Management of stage one and two-E gastric large B-cell lymphoma: chemotherapy alone or surgery followed by chemotherapy? J. Hematol. Oncol. 2010; 3: 23.
10. Spectre G., Libster D., Grisariu S. et al. Bleeding, obstruction, and perforation in a series of patients with aggressive gastric lymphoma treated with primary. Ann. Surg. Oncol. 2006; 13(11): 1372-8.

## A CLINICAL CASE OF NON-HODGKIN'S LYMPHOMA OF THE ILEUM COMPLICATED BY PERFORATION AND PERITONITIS

S. V. TARASENKO<sup>1</sup>, A. A. NATALSKIY<sup>1</sup>, V. B. ARTAEV<sup>1</sup>, O. D., SAND<sup>2</sup>, O. V. ZAYTSEV<sup>1</sup>, S. J. PRUS<sup>2</sup>,  
V. P. KOCHUKOV<sup>3</sup>, I. YU. VINOGRADOV<sup>2</sup>, I. A. MINKOVA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Ryazan*

<sup>2</sup>*Emergency Hospital, Ryazan*

<sup>3</sup>*Federal State Institution «United Hospital and Polyclinic», Moscow*

**Information about the authors:**

**Tarasenko SV** - MD, Professor, Head of the Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov

**Natal'skii AA** - MD, Associate Professor of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, e-mail: lorey1983@mail.ru

**Aftaev VB** – doctor-surgeon surgical department emergency hospital

**Zaitsev OV** – MD, Associate Professor of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov

**Prus SYu** – MD, surgeon surgical department 2 GBU PO CC emergency hospital.

**Peskov OD** - MD, Associate Professor of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov

**Kochukov VP** - MD, Professor, Head of the Department of Surgery

**Minkova IA** - Assistant of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov

**Vinogradov IYu** – doctor of pathological-anatomical department emergency hospital

Over the past 10 years we have seen a steady increase in the incidence of non-Hodgkin's lymphomas. The primary lesion of the gastrointestinal tract is detected in 2/3 patients. The most common histological structure for this B-large cell lymphoma affecting the stomach, small and large intestines. The most common lymphoma, affecting the intestine, revealed in men of working age. In non-Hodgkin's lymphoma of 60-70% are compounded ileus, while life-threatening conditions such as bleeding and perforation tumors are relatively rare and are only 1-3% of cases. This article provides a clinical case of large-B-non-Hodgkin's lymphoma of the ileum, complicated by perforation, local peritonitis.

**Key words:** non-Hodgkin's lymphoma, perforation, peritonitis.