

DOI: 10.17238/issn2223-2427.2018.1.18-21

УДК: 616.34-006.441

© Тарасенко С.В., Натальский А.А., Афтаев В.Б., Песков О.Д., Зайцев О.В., Кочуков В.П.,  
Прус С.Ю., Кузьменко Л. В., Карпечкин М.О., 2018

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕХОДЖКИНСКОЙ ЛИМФОМЫ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИНВАГИНАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

С.В. ТАРАСЕНКО<sup>1</sup>, А.А. НАТАЛЬСКИЙ<sup>1,а</sup>, В.Б. АФТАЕВ<sup>2</sup>, О.Д. ПЕСКОВ<sup>1</sup>, О.В. ЗАЙЦЕВ<sup>1</sup>,  
В.П. КОЧУКОВ<sup>3</sup>, С.Ю. ПРУС<sup>2</sup>, Л.В. КУЗЬМЕНКО<sup>2</sup>, М.О. КАРПЕЧКИН<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Рязань, 390026, Россия

<sup>2</sup>ГБУ Рязанской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Рязань, 390013, Россия

<sup>3</sup>ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ

**Резюме:** За последнее десятилетие 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 обтурационной кишечной непроходимостью, в то время как инвагинационная кишечная непроходимость встречается довольно редко. В данной статье описан случай неходжкинской лимфомы подвздошной кишки, осложненный инвагинационной кишечной непроходимостью.

**Ключевые слова:** неходжкинские лимфомы, инвагинационная кишечная непроходимость.

## THE CLINICAL CASE OF NON-HODGKIN'S LYMPHOMA OF THE ILEUM, COMPLICATED BY INTUSSUSCEPTION INTESTINAL OBSTRUCTION

TARASENKO S.V.<sup>1</sup>, NATALSKIY A.A.<sup>1,а</sup>, AFTAEV V.B.<sup>2</sup>, PESKOV O.D.<sup>1</sup>, ZAITSEV O.V.<sup>1</sup>, KOCHUKOV V.P.<sup>3</sup>,  
PRUS S.YU.<sup>2</sup>, KUZMENKO L.V.<sup>2</sup>, KARPECHKIN M.O.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, 390026, Ryazan, Russia

<sup>2</sup>State budget institution of the Ryazan region City Clinical Hospital emergency medical care, 390013, Ryazan, Russia

<sup>3</sup>«United hospital and polyclinic» of the Administrative Department of the President of the Russian Federation

**Summary:** Over the past decade there has been a steady increase in the incidence of non-Hodgkin's lymphomas. The primary lesion of the gastrointestinal tract is detected in 2/3 of the patients. The most common histological structure is B-large cell lymphomas that affect the stomach, small and large intestine. Most often, lymphomas that affect the intestine are revealed in men of working age. In 60-70%, non-Hodgkin's lymphomas are complicated by obstructive intestinal obstruction, while intussusception is rare. This article describes the case of non-Hodgkin's lymphoma of the ileum complicated by intussusception with intestinal obstruction.

**Key words:** non-Hodgkin lymphomas, intussusception.

В последнее десятилетие отмечается неуклонная тенденция к увеличению заболеваемости неходжкинскими лимфомами. Наиболее выраженный рост заболеваемости отмечается в экономически развитых странах, где за последние 20 лет заболеваемость увеличилась более чем на 50% и продолжает увеличиваться на 3-7% ежегодно. Неходжкинские лимфомы – это неоднородная группа злокачественных новообразований, в основе которых лежит лимфопролиферативный процесс. Неходжкинские лимфомы отличаются друг от друга по морфологическому, гистологическому строению, по течению клинической картины, по проводимому лечению. Наиболее

часто неходжкинские лимфомы первоначально проявляются в виде поражения периферических или висцеральных лимфоузлов. Приблизительно в 40% случаев выявления неходжкинских лимфом первично поражается желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), что составляет 7-10% от всех новообразований ЖКТ.

Наиболее часто неходжкинская лимфома ЖКТ является первичным поражением, а примерно в 30% случаев является вторичным метастатическим поражением органов желудочно-кишечного тракта [1]. Лимфомы, поражающие ЖКТ чаще встречаются у мужчин. Наибольшая заболеваемость отмечается в возрасте 50-70 лет.

<sup>а</sup> E-mail: lorey1983@mail.ru

Частота поражения органов ЖКТ неходжкинскими лимфомами: желудок (94,3-74,4%), тонкая кишка (12,8-45%), толстая кишка (6-22%). У подавляющего числа пациентов (96%) в опухолевый процесс вовлекается один отдел пищеварительного тракта, только у 4% обнаруживают поражение двух и более отделов [2].

Из всех неходжкинских лимфом (НХЛ), которые поражают ЖКТ 90% составляют В-клеточные опухоли, которые подразделяются на индолентные, агрессивные, высокоагрессивные формы. При НХЛ тонкой кишки преобладает диффузная В-крупноклеточная лимфома (26-69%). В 25-50% случаев обнаруживается лимфома IPSID-типа (иммунопролиферативное заболевание тонкой кишки), характерное только для тонкой кишки. Различные морфологические варианты НХЛ толстой кишки встречаются 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 установить какие-либо высоко специфические признаки практически невозможно [3]. Трудность диагностики заключается в том, что клинические проявления 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 [4]. Гистологический диагноз лимфом ЖКТ верифицируется только при наличии четких морфологических признаков заболевания, а также при использовании методов иммуногистохимии и данных молекулярно-генетического исследования [2].

Для подтверждения диагноза первичной лимфомы ЖКТ используют критерии Доусона, которые включают в себя наличие или отсутствие пораженных периферических лимфатических узлов, наличие или отсутствие увеличенных лимфатических узлов средостения, изменения гематологических показателей 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. Наиболее частое проявление запущенного злокачественного процесса ЖКТ является кишечная непроходимость.

**Клинический случай.** Больной М., 35 лет поступил во 2-е хирургическое отделение ГБУ РО ГК БСМП 02.11.2017 с клиникой острой кишечной непроходимости. При поступлении предъявлял жалобы на схваткообразные боли в животе, преимущественно в правых отделах, тошноту, рвоту, слабость. Считает себя больным с 31.10.2017, когда появились тошнота, затем присоединились схваткообразные боли в животе. В анамнезе у пациента хронический вирусный гепатит С, хронический панкреатит. При осмотре общее состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Язык влажный, чистый. Живот вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. Аускультативно перистальтика вялая. При пальпации болезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины положительные, отмечается шум плеска. Физиологические отправления нарушены. При поступлении лейкоциты крови  $11,7 \cdot 10^9/\text{л}$ . Выполнено УЗИ брюшной полости: печень однородная в пределах осмотренного, желчный пузырь 67x33 мм, стенка 3 мм, конкременты не определяются. Холедох 3 мм. Протоки не расширены. Головка поджелудочной железы не просматривается. Петли кишечника расширены до 30 мм, в них жидкое содержимое, между петлями жидкое содержимое. Рентгеноскопия органов брюшной полости: Свободный газ в брюшной полости не определяется. В мезогастррии слева множественные пневматизированные петли тонкой кишки с горизонтальными уровнями жидкости. Пневматоз толстой кишки отсутствует. Заключение: механическая тонкокишечная непроходимость II степени. Больному проведена предоперационная подготовка. Состояние больного без положительной динамики. Боли в животе не уменьшились, была рвота, сохранялись вздутие и вялая перистальтика. По экстренным показаниям больной взят в операционную. Под эндотрахеальным наркозом произведена пункция брюшной полости иглой Вереща. Наложена карбоксиперитонеум. В классической точке поставлен троакар 10 мм, введен лапароскоп. При осмотре, во всех отделах брюшной полости темный прозрачный выпот. Петли тонкой и ободочной кишки раздуты. Илеоцекальный угол визуально не определялся, но отмечалось утолщение восходящего отдела ободочной кишки. Выявить причину и локализацию непроходимости не удалось. Произведена конверсия. Верхнесрединная лапаротомия. При пальпации, восходящий отдел ободочной кишки утолщен, уплотнен. При дальнейшем осмотре обнаружена инвагинация подвздошной кишки в ободочную. Инвагинация устранена, высвобожден участок подвздошной кишки длиной 30 см – признан жизнеспособным. В терминальном отделе подвздошной кишки на расстоянии 4 см от илеоцекального угла обнаружено пупковидное втяжение стенки, при пальпации определяется опухолевидное образование, перекрывающее просвет подвздошной кишки (Рис. 1). Выполнена энтеротомия над пальпируемым образованием, иссечение опухоли с прилежащим краем подвздошной кишки (Рис. 2). Наложена петлевая илеостома. Санация и дренирование брюшной полости.

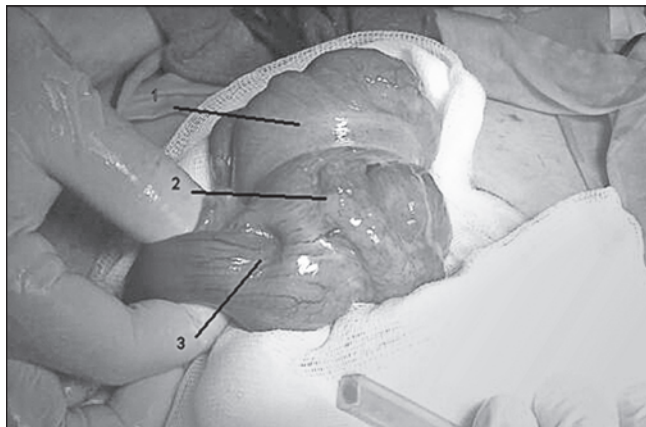


Рисунок 1. Дезинвагинированный участок подвздошной кишки.  
1. Слепая кишка; 2. Дезинвагинированная подвздошная кишка;  
3. Неходжкинская лимфома (пупковидное втяжение стенки кишки)



Рисунок 2. Энтеротомия над пальпируемой опухолью.  
1. Подвздошная кишка. 2. Слепая кишка.  
3. Неходжкинская лимфома.

Выполнено патологогистологическое исследование: в исследуемых объектах тонкой кишки обнаружена неходжкинская лимфома.

В послеоперационном периоде были осложнения в виде нагноения послеоперационной раны и подкожной эвентрации. Проводилась антибактериальная и обезболивающая терапия, ежедневные перевязки раны. Дренажи удалены на 4-е сутки. Швы сняты на 14-е сутки. Заживление раны первичным натяжением. Больной выписан 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 лабораторной диагностики осложненных форм неходжкинских лимфом подвздошной кишки.

#### Список литературы

1. Онкология: учебник / М.И. Давыдов, Ш.Х. Ганцев. 2010. – 920 с. Глава 26.
2. Поддубная И.В. Первичные лимфомы желудочно-кишечного тракта. Клиническая онкогематология. Под редакцией М.А.Волковой М.: Медицина. 2007:734-70
3. Ильин Н.В., Виноградова Ю.Н., Николаева Е.Н., Крицкая А.В., Червяков А.М., Костеников Н.А. Первичные экстра nodальные 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.
4. Малихова О.А. Современная стратегия комплексной эндоскопической диагностики и мониторинг неходжкинских лимфом желудка. Дис. докт. мед. наук: Москва. 2010. 194 с.
5. Мазуров В.И., Криволапов Ю.А.// Классификация лимфом. Морфология, иммунофенотип, молекулярная генетика неходжкинских лимфом. Практическая онкология. 2004. Т.4. N.3. С.171-176
6. 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.
7. Ismail H. The Profile of Primary Gastrointestinal Lymphoma in Egyptian Patients. J. Egypt. Nat. Cancer Inst. 2002; 14(2): 169–75.
8. 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.
9. 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.

#### References

1. Oncology: a textbook / M.I. Davydov, Sh. Kh. Gantsev. 2010. - 920 sec. Chapter 26. [in Russ]
2. Poddubnaya I.V. Pervichnyye limfomy zheludochno-kishechnogo trakta. Klinicheskaya onkogematologiya. Pod redaktsiyey M.A.Volkovoy M.:Meditina.2007:734-70. [in Russ]
3. Il'in N.V., Vinogradova YU.N., Nikolayeva Ye.N., Kritskaya A.V., Chervyakov A.M., Kostenikov N.A. Pervichnyye ekstranodal'nyye limfomy // V kn. «Limfomy». Nauchno-prakticheskoye izdaniye. Pod obshchey redaktsiyey akademika RAMN A.M. Granova i professora N.V.I'l'ina. Sankt-Peterburg. 2010 S.171-215. [in Russ]
4. Malikhova O.A. Sovremennaya strategiya kompleksnoy endoskopicheskoy diagnostiki i monitoring nekhodzhkinskikh limfom zheludka. Dis. dokt. med. nauk: Moskva. 2010. 194 s. [in Russ]
5. Mazurov V.I., Krivolapov YU.A.// Klassifikatsiya limfom. Morfologiya, immunofenotip, molekulyarnaya genetika nekhodzhkinskikh limfom. Prakticheskaya onkologiya. 2004. T.4. N.3. S.171-176. [in Russ]
6. Shalencov V. A., Nered S. N., Poddubnaya I. V., Stilidi I. S. Mesto khirurgii v lechenii oslozhnennykh form nekhodzhkinskikh limfom zheludochno-kishechnogo trakta // Klinicheskaya onkogematologiya. 2012. №4 S.338-348. [in Russ]
7. Ismail H. The Profile of Primary Gastrointestinal Lymphoma in Egyptian Patients. J. Egypt. Nat. Cancer Inst. 2002; 14(2): 169–75.
8. 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.

9. 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.

Сведения об авторах

**Тарасенко Сергей Васильевич** – д.м.н., профессор, зав. каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9.

**Натальский Александр Анатольевич** – д.м.н., доцент каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная 9. E-mail: lorey1983@mail.ru, Тел. 84912460803, тел.моб. 8-910-578-9707.

**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, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9.

**Зайцев Олег Владимирович** – д.м.н., доцент каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная 9.

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

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

**Кузьменко Людмила Валериевна** – врач-хирург 2 хирургического отделения ГБУ РО ГК БСМП

**Карпечкин Максим Олегович** – ординатор каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная 9.

Information about the authors

**Tarasenko S.V.** – MD, Professor, Head of the Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Visocovoltynaya str., 9, 390026, Ryazan, Russian Federation.

**Natalskiy A.A.** – MD, Associate Professor of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Visocovoltynaya str., 9, 390026, Ryazan, Russian Federation E-mail: lorey1983@mail.ru, tel. 84912460803, tel.mob. 89,105,789,707.

**Aftaev V.B.** – doctor-surgeon surgical department emergency hospital.

**Zaitsev O.V.** – MD, Associate Professor of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Visocovoltynaya str., 9, 390026, Ryazan, Russian Federation

**Peskov O.D.** – MD, Associate Professor of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Visocovoltynaya str., 9, 390026, Ryazan, Russian Federation

**Kochukov V.P.** – MD, Professor, Head of the Department of Surgery.

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

**Kuzmenko L.V.** – MD, surgeon surgical department 2 GBU PO CC emergency hospital.

**Karpechki M.O.** – Assistant of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Visocovoltynaya str., 9, 390026, Ryazan, Russian Federation

Конфликт интересов

Все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.