КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Klinichna khirurgiia. 2020 July/August; 87(7-8):86-88.
DOI: 10.26779/2522-1396.2020.7-8.86

Пухлина тонкої кишки, розцінена як інвагінат

В. І. Лупальцов, А. І. Ягнюк, О. С. Тулупова

Харківський національний медичний університет

A clinical case of the small intestine tumor, which was regarded as intussusception

V. I. Lupaltsov, A. I. Yahniuk, O. S. Tulupova

Kharkiv National Medical University

Новоутворення тонкої кишки є відносно рідкісною патологією, вони становлять 2% у структурі онкологічних захворювань травної системи. Зустрічаються неепітеліальні злоякісні (саркома) і доброякісні (лейоміома, фіброма), а також карциноїдні новоутворення, яким не властиві характерні для злоякісних новоутворень прояви. При цьому злоякісні пухлини тонкої кишки становлять 0,4% від усіх пухлин злоякісного характеру [1]. Відсутність характерних клінічних проявів пухлин тонкої кишки призводить до несвоечасної їх діагностики та лікування, часто вже на тлі ускладнень захворювання, зокрема кишкової непрохідності [2]. Наводимо клінічне спостереження.

Пацієнт С., 64 роки, госпіталізований у хірургічне відділення зі скаргами: відчуття здуття та важкості у животі, нібито щось переливається у животі, зниження апетиту. Початок захворювання ні з чим не пов'язує, але протягом останніх трьох місяців став відзначати бурління та відчуття важкості у животі невисокої інтенсивності, які поступово змусили звернути на них увагу. Продовжував вести звичайний спосіб життя. Зазначені симптоми посилювалися близько тижня до звернення за допомогою, з'явилося відчуття переповнення живота. Лікувався вдома самостій-

но, але через погіршення самопочуття звернувся в клініку.

Стан пацієнта задовільний, язик вологий, шкіра звичайного забарвлення.

Живіт симетричний, незначно піддутий, при пальпації м'який, безболісний у всіх відділах, симптоми подразнення очеревини негативні, шум плескоту визначається у верхніх відділах, печінка по краю реберної дуги, селезінка не пальпується. При ректальному дослідженні на рукавичці сліди калу коричневого кольору. Останнє випорожнення в день звернення за допомогою, без патологічних домішок.

Проведено стандартний обсяг інструментальних досліджень. У клінічному аналізі крові – прискорена ШОЕ, у клінічному аналізі сечі, біохімічних показниках крові та коагулограмі відхилень від фізіологічної норми не виявлено.

Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини (ОЧП): ознаки ентеростазу з помірним розширенням петель тонкої кишки, заповнених рідинним вмістом, перистальтика збережена, просування хімусу уповільнене з періодичним маятникоподібним його переміщенням. Дифузні зміни паренхіми печінки і підшлункової залози. Вільної рідини в черевній порожнині не визначено.

Рис. 1.
СКТ ОЧП пацієнта С.
Стрілкою вказано на пухлину тонкої
кишки, трактовану як інвагінат.

Оглядова рентгенографія ОЧП показала пневматоз кишкових петель. Встановлений діагноз: часткова кишкова непрохідність.

З урахуванням клінічної картини часткової тонкокишкової непрохідності і неясності причини, яка її зумовлює, 23.09.2020 р. виконана спіральна комп'ютерна томографія (СКТ) ОЧП з ентерографією з внутрішньовенним і пероральним контрастуванням (рис. 1). Висновок: ознаки інвагінації клубової кишки, тонкокишкова непрохідність.

На тлі стабільного стану пацієнт оперований. Доступ – середньо–серединна лапаротомія. При ревізії черевної порожнини знайдена незначна кількість серозного випоту. Тонка кишка до рівня 80 см від ілеоцекального кута з потовщеною стінкою і рідинним вмістом, розширена до 35 – 40 мм, причиною чого є пухлина розмірами 8 × 4 × 4 см (рис. 2). Пухлина характеризувалась ендо– та екзофітним ростом, причому більша частина її була розташована у порожнині кишки, частково перекриваючи просвіт, що й імітувало інвагінацію при СКТ. Відвідна петля кишки звичайного діаметра й структури. Лімфатичні вузли брижі тонкої кишки не змінені. Виконана резекція ділянки тонкої кишки з пухлиною, накладено анастомоз бік у бік.

Післяопераційний діагноз: пухлина тонкої кишки; часткова тонкокишкова обтураційна непрохідність. Висновок патоморфологічного дослідження: карциноїд.

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Рана загоїлась первинним натягом. Пацієнт виписаний на 7-му добу під спостереження хірурга поліклініки.

Наше повідомлення ще раз підкреслює труднощі діагностики неепітеліальних пухлин тонкої кишки. Оскільки розвиток цих пухлин не характеризується патогномонічною симптоматикою, їх діагностика на основі клінічних проявів малоімовірна. Вони зустрічаються рідко, мають неспецифічні, нечіткі початкові симптоми, що обумовлює запізню діагностику, часто на тлі ускладнень, таких як кишкова непрохідність [3]. Для своєчасного та ефективного лікування пухлин тонкої кишки важлива їх рання діагностика, але, незважаючи на широкий арсенал діагностичних можливостей: УЗД, ендоскопія, СКТ, магнітно–резонансна томографія, це залишається досить складним завданням.

Використання такого методу, як УЗД ОЧП, не завжди дозволяє запідозрити патологічне новоутворення в тонкій кишці. Найбільш достовірним є мініінвазивне діагностичне дослідження – СКТ з болюсним контрастуванням, яка, будучи методом скринінгу новоутворень тонкої кишки, дозволяє оцінити стан стінки кишки, характер і поширеність пухлини. Але, хоча СКТ і має високу чутливість і специфічність щодо виявлення пухлин тонкої кишки [4], інтерпретація її даних також може бути помилковою через характер росту та розташування пухлиноподібного утворення і відсутність характерних клінічних проявів. Це демонструє наше спостереження, коли причина кишкової непрохідності була трактована помилково. Пухлина тонкої кишки при СКТ була визначена як інвагінація клубової кишки, що насамперед було обумовлено особливис-

Рис. 2.
Видалена ділянка тонкої кишки з пухлиною.

тю розташування та характером росту пухлини відносно просвіту кишки. Необхідно підкреслити, що пухлини тонкої кишки можуть бути тригером розвитку інвагінації, формуючи змішаний (странгуляційно–обтураційний) варіант кишкової непрохідності.

Таким чином, ми поділилися спостереженням досить рідкісної пухлини тонкої кишки в поєднанні з частковою тонкокишковою непрохідністю та привернули увагу до труднощів її діагностики. За даними СКТ не було верифіковано пухлину тонкої кишки, вона була прийнята за інвагінат, але ця помилка не вплинула на вибір тактики та результат лікування. Завжди слід пам'ятати, що у пацієнтів з явищами часткової кишкової непрохідності є досить великий ризик наявності новоутворення тонкої кишки.

Підтвердження

Фінансування. Дослідження та написання статті автори фінансували власним коштом.

Інформація про внесок кожного учасника. Внесок кожного автора в цю роботу однаковий. Всі автори прочитали і схвалили остаточний варіант рукопису.

Конфлікт інтересів. Авторі заявляють, що вони не мають конфлікту інтересів.

Згода на публікацію. Авторі прочитали і схвалили остаточний варіант рукопису та дали згоду на публікацію цього рукопису.

References

- Schottenfeld D, Beebe–Dimmer JL, Vigneau FD. The epidemiology and pathogenesis of neoplasia in the small intestine. *Ann Epidemiol.* 2009 Jan;19(1):58–69. doi: 10.1016/j.annepidem.2008.10.004. PMID: 19064190; PMCID: PMC3792582.
- Cheung DY, Choi MG. Current advance in small bowel tumors. *Clin Endosc.* 2011 Sep;44(1):13–21. doi: 10.5946/ce.2011.44.1.13. Epub 2011 Sep 30. PMID: 22741107; PMCID: PMC3363052.

3. Demetri GD, von Mehren M, Antonescu CR, DeMatteo RP, Ganjoo KN, Maki RG, et al. NCCN Task Force report: update on the management of patients with gastrointestinal stromal tumors. J Natl Compr Canc Netw. 2010 Apr;8 Suppl 2(0 2):S1–41; quiz S42–4. doi: 10.6004/jnccn.2010.0116. PMID: 20457867; PMCID: PMC4103754.
4. Taha M. CT–enterography. Methodology, opportunities and prospects. Promeneva diagnostika, promeneva terapija. 2014;(4):34–43. [In Russian].

ІНФОРМАЦІЯ

Klinichna khirurgiia. 2020 July/August; 87(7-8):89-104.
DOI: 10.26779/2522-1396.2020.7-8.89

АСОЦІАЦІЯ КОЛОПРОКТОЛОГІВ УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ АСОЦІАЦІЇ КОЛОПРОКТОЛОГІВ УКРАЇНИ ЩОДО ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГЕМОРОЄМ,

адаптовані до Рекомендацій Європейського товариства колопроктологів (ESCP)

**М. П. Захараш, О. Ю. Усенко, О. І. Пойда, В. В. Бойко, Т. І. Тамм, М. М. Милиця, В. В. Гапонов,
Ю. М. Захараш, Г. А. Бахар, Л. Ю. Лозинська, Р. К. Палієнко, В. В. Балицький,
І. Д. Саргош, В. С. Андрієць**

ASSOCIATION OF COLOPROCTOLOGISTS OF UKRAINE

NATIONAL RECOMMENDATIONS OF ASSOCIATION OF COLOPROCTOLOGISTS OF UKRAINE FOR MANAGEMENT OF PATIENTS WITH HEMORRHOIDS,

adapted for Guidelines of European Society of Coloproctologists (ESCP)

**M. P. Zakharash, O. Yu. Usenko, O. I. Poyda, V. V. Boyko, T. I. Tamm, M. M. Mylytsya, V. V. Gaponov,
Yu. M. Zakharash, G. A. Bakhar, L. Yu. Lozynska, R. K. Paliyenko, V. V. Balytskyi,
I. D. Sargosh, V. S. Andriyets**

Список скорочень

АТ – антитромботична терапія
ВІЛ – вірус імунodefіциту людини
ВР – вірогідний ризик
ВШ – відношення шансів
ДІ – довірчий інтервал
ІЧК – інфрачервона коагуляція
ЗЗК – запальні захворювання кишечника
ЛЛК – лігування латексними кільцями
МОФФ – мікронізована очищена флавоноїдна фракція
НПЗП – нестероїдні протизапальні препарати
РКД – рандомізоване контрольоване дослідження
СТ – степлерна гемороїдопексія
СТ – склерозуюча терапія
ССР – стандартизована середня різниця
ХЗЗК – хронічні запальні захворювання кишечника

Мета роботи

Метою даного проекту, ініційованого Європейським товариством колопроктологів (ESCP), було створення клінічних рекомендацій щодо забезпечення медичною допомогою пацієнтів із гемороєм I-IV стадії в лікувальних закладах первинної, вторинної та третинної ланок медичної допомоги населенню України з використанням до-

казових даних. Застосування запропонованих керівних принципів ESCP [1] та Національних рекомендацій сприятиме покращенню результатів лікування геморою, зокрема у разі прогресування захворювання, розвитку ускладнень, полегшенню тяжкості його клінічного перебігу та поліпшенню якості життя таких хворих.

У Національних рекомендаціях представлені анатомічні та патофізіологічні аспекти, класифікація, клінічні прояви геморою, сучасна інформація щодо діагностики, комплексного консервативного та хірургічного лікування пацієнтів із гемороєм із використанням як амбулаторних, так і радикальних хірургічних втручань, наведена порівняльна оцінка їх ефективності. Національні рекомендації також включають такі важливі розділи, як особливі ситуації (тромбоз гемороїдальних вузлів, порушення коагуляції, імунodefіцит та лікування геморою у вагітних), інші хірургічні процедури тощо. Застосування Національних рекомендацій можливе при наданні медичної допомоги пацієнтам із гемороєм будь-якої стадії.

Національні рекомендації розроблені на допомогу фахівцям у галузі охорони здоров'я, які надають медичну допомогу пацієнтам із гемороєм (лікарі загальної практики, лікарі-хірурги, гастроентерологи, проктологи-хірурги), а також іншим медичним працівникам, провізорам,