

УДК 616.341-006.38

Неврилеммома тонкой кишки

(Клиническое наблюдение)

И.Д. Калганов, А.П. Жученко, И.В. Зароднюк, Е.В. Маркова

Государственный научный центр колопроктологии МЗ РФ

Neurilemoma of the small intestine

(Clinical case presentation)

I.D. Kalganov, A.P. Zhuchenko, I.V. Zarodnyuk, Ye.V. Markova

Цель клинического наблюдения. Обратить внимание специалистов на редкие опухолевые заболевания кишечника.

Основные положения. В статье представлен случай выявления неврилемомы тонкой кишки у женщины 69 лет с эпизодическими болями в животе. Информативными оказались *ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости* (выявлено образование, располагающееся в петлях подвздошной кишки с утолщенными васкуляризованными стенками) и *спиральная компьютерная томография* – КТ (картина опухоли подвздошной кишки неправильной формы, с дольчатой неоднородной структурой, неравномерно накапливающей контрастное вещество).

Выполнена резекция подвздошной кишки с формированием анастомоза конец в конец. В удаленной опухоли при гистологическом исследовании найдены признаки неврилемомы.

Заключение. Наличие опухоли подвздошной кишки удалось выявить при УЗИ и КТ органов брюшной полости. Диагноз верифицирован при гистологическом исследовании.

Ключевые слова: неврилеммома, тонкая кишка, тельца Верокаи.

The aim of clinical case presentation. To draw attention of specialists to rare neoplastic bowel diseases.

Original points. Article presents the case of small intestinal neurilemoma in 69 years-old woman with incidental abdominal pain. *Abdominal ultrasound investigation (US)* was diagnostic (it demonstrated the volume lesion located at the loops of ileum with thickened vascularized walls) and *helical computer tomography* – CT (tumor with irregular outlines ileum, with the lobular heterogeneous structure was revealed, contrast agent accumulation was uneven).

Ileectomy with formation of end-to-end anastomosis was carried out. The resected specimen revealed signs of neurilemoma at histological study.

Conclusion. It was possible to detect ileal tumor at abdominal US and CT. The diagnosis was verified at histological investigation.

Key words: neurilemoma, small intestine, Verocay bodies

Калганов Иван Дмитриевич – кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения хирургии ободочной кишки ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздравсоцразвития РФ. Контактная информация: gnck@tsr.ru; 123423, Москва, ул. Саляма Адиля, д. 2, ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздравсоцразвития РФ
Жученко Александр Павлович – доктор медицинских наук; зав. отделением ГНЦ колопроктологии
Зароднюк Ирина Владимировна – доктор медицинских наук; ведущий научный сотрудник ГНЦ колопроктологии
Маркова Елена Васильевна – сотрудник ГНЦ колопроктологии

Опухоли тонкой кишки встречаются крайне редко. Их диагностирование является сложной проблемой в связи с тем, что клинические проявления возникают на поздних стадиях болезни, и поэтому данные образования относятся к наименее изученному разделу абдоминальной онкологии. В настоящем сообщении описывается редкое клиническое наблюдение — неврилеммома тонкой кишки.

Новообразования тонкой кишки развиваются достаточно редко и составляют до 0,3% всех онкологических заболеваний и от 2 до 6% всех опухолей органов пищеварения. В 75% случаев опухоли тонкой кишки оказываются злокачественными. Из них аденокарциномы составляют около 50%, лимфомы — 25–30%, саркомы — 15–20%, карциноид — 1–4%. Встречаются также доброкачественные опухоли — лейомиомы, шванномы. Возможно и вторичное поражение тонкой кишки при меланоме, раке яичников, раке молочной железы и раке легких.

Неврилемомы (шванномы) среди всех первичных опухолей желудочно-кишечного тракта, как и GIST, составляют менее 1% [6]. Диагностика новообразований тонкой кишки представляет сложную задачу, установить правильный диагноз до операции удается не более чем в 15% наблюдений [3, 4].

Неврилеммома (шваннома) — доброкачественная опухоль, возникающая из шванновских клеток оболочки нерва. На них приходится от 12 до 29% всех опухолей периферических нервов, а в тонкой кишке опухоли данной морфологической структуры являются исключительно редкими.

Имея общее гистогенетическое происхождение, шванномы различной локализации обладают некоторыми отличиями. Макроскопически все узлы с четко выраженной фиброзной капсулой. На разрезе нередко обнаруживаются вкрапления охряно-желтого цвета, что особенно характерно для внутричерепных новообразований. Могут встречаться участки ангиоматоза и очаги кистозного перерождения, представленные параллельно расположенными рядами веретеновидных клеток, окружающими бесклеточные зоны волокнистого матрикса.

Указанные ряды клеток получили название телец Верокаи. Эти тельца часто находят в спинальной шванноме — шваннома типа Антони Б (*синоним* шваннома, фасцикулярный тип), имеют ретикулярное строение. Их образуют рыхло расположенные клетки с лимфоцитоподобными ядрами. Цитоплазма клеток оптически пустая за счет ксантоматоза, в результате в ткани опухоли макроскопически выявляются вышеназванные вкрапления желтого цвета.

Шванномы выглядят как хорошо отграниченные, округлые. Для образования внутричерепной локализации характерно сочетание телец Верокаи и ретикулярных структур. Кроме того, выде-

ляют: клеточную шванному, представляющую гиперцеллюлярный вариант типа Антони А без телец Верокаи, который чаще всего встречается в полости таза, средостении и забрюшинном пространстве; плексиформную шванному, нередко множественную, располагающуюся в коже или подкожных мягких тканях конечностей, головы, шеи и туловища; меланоцитарную шванному; пигментированную опухоль, клетки которой, хотя и обладают иммунофенотипом и ультраструктурой шванновских элементов, тем не менее содержат меланосомы и дают положительную реакцию с маркерами меланина.

Микроскопическое строение шванномы может значительно варьировать в зависимости от содержания в ней соединительной ткани, степени пропитывания серозной жидкостью; развития кистозных полостей, жирового и гиалиноподобного перерождения опухолевой ткани, увеличения количества ядер и их полиморфизма, количества и вида сосудов.

Таким образом, опухоли тонкой кишки, особенно на ранних стадиях развития, относятся к наименее изученному и наиболее сложному для диагностики разделу абдоминальной хирургии. Неврилемомы, в частности, являются одними из наиболее редких опухолей с локализацией в тонкой кишке. В качестве иллюстрации приводим пример из клинической практики.

Клиническое наблюдение

Пациентка Т., 69 лет, обратилась в ГНЦ колопроктологии с жалобами на эпизодические боли в животе, сопровождающиеся повышением температуры тела до 38 °С. Самостоятельно принимала антибиотики, после чего температура нормализовалась, боли прошли. Подобные жалобы беспокоили в течение 4 мес.

В ГНЦК было проведено полноценное клиническое обследование. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное. Хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные. АД 150/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Патологических образований через переднюю брюшную стенку не определялось. Перистальтические шумы выслушиваются. Печень у края реберной дуги. Почки и селезенка не пальпируются. Дизурии нет. *Per rectum*: перинальная область не изменена. Тонус и волевые усилия достаточные, до 8 см патологических образований не выявлено. Ректороманоскопия до 19 см: слизистая розовая, патологических образований в осмотренных отделах не найдено.



Рис. 1. Спиральная компьютерная томография брюшной полости и малого таза

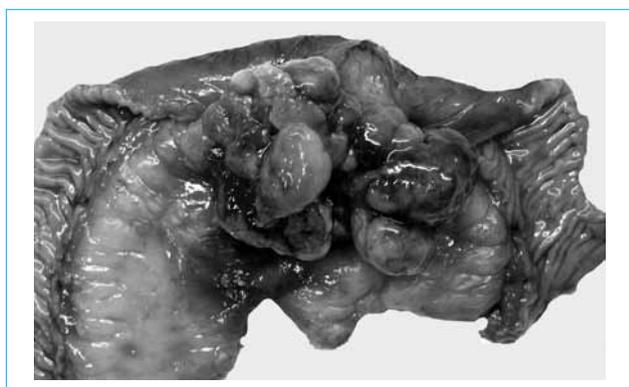


Рис. 2. Макропрепарат тонкой кишки

Колоноскопия (осмотрены все отделы толстой кишки): просвет кишки не изменен, слизистая оболочка без патологических изменений. В поперечной ободочной и верхнеампулярном отделе прямой кишки обнаружены два гиперпластических полипа до 0,3 см в диаметре. В левых отделах ободочной кишки единичные дивертикулы без признаков воспаления.

УЗИ органов брюшной полости и малого таза: выявлено образование, располагающееся в дистальных петлях подвздошной кишки размером 63×24 мм с утолщенными васкуляризированными стенками.

Спиральная компьютерная томография брюшной полости и малого таза: картина опухоли подвздошной кишки (вероятнее всего злокачественной), неправильной формы, дольчатой неоднородной структуры, размером 5,6×4,2×4 см, неравномерно накапливающей контрастное вещество; образование суживает просвет кишки без признаков нарушения кишечной проходимости и располагается преимущественно внекишечно (рис. 1).

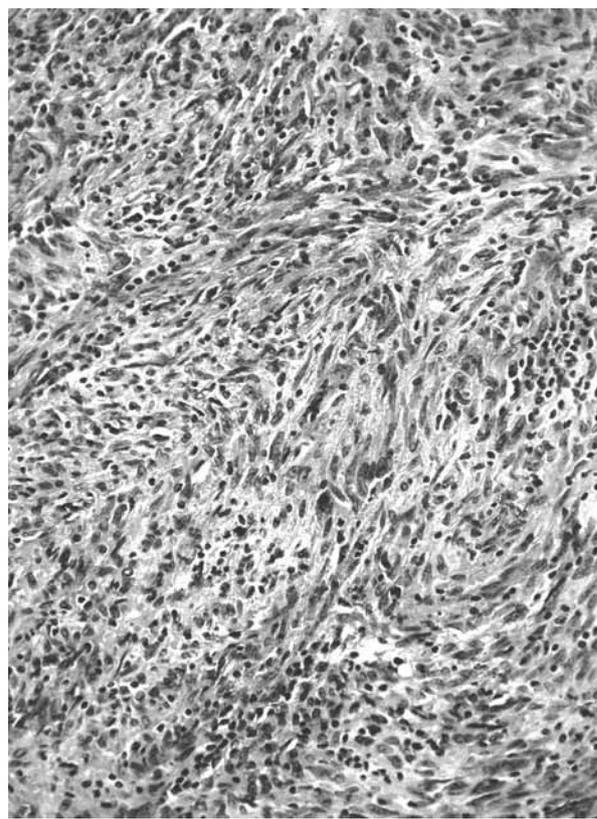


Рис. 3. Подслизистое расположение опухоли (микропрепарат)

Диагностированы также диффузный жировой гепатоз, множественные кисты почек. Концентрационная и фильтрационная функции почек сохранены.

Рентгенологическое исследование тонкой кишки: патологических изменений не обнаружено.

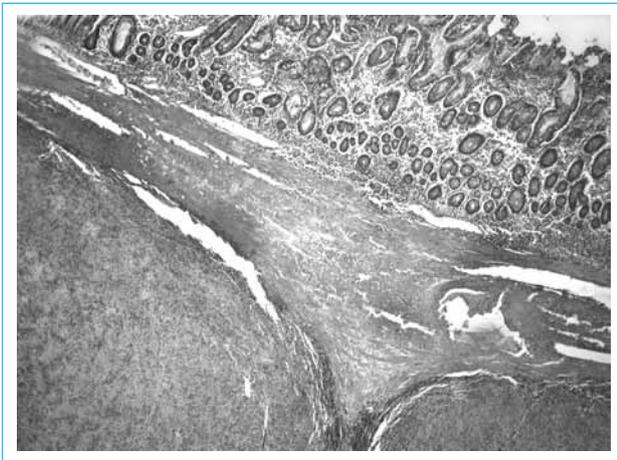


Рис. 4. Тельца Верокаи

Дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей: нестенозирующий атеросклероз артерий, артериальный кровоток не изменен.

Таким образом, информативными оказались спиральная компьютерная томография и ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Учитывая наличие опухолевидного образования тонкой кишки, вероятность его злокачественного характера, болевой синдром, решено выполнить хирургическое вмешательство.

26.11.2010 г. пациентка была прооперирована. При ревизии органов брюшной полости выявлена опухоль подвздошной кишки 5×6 см, преимущественно с внекишечным компонентом, на расстоянии 80 см от баугиниевой заслонки. К опухоли

была фиксирована предпузырная клетчатка и стенка соседней петли тонкой кишки. В брыжейке увеличенные до 1 см лимфатические узлы, один из них иссечен. По данным срочного гистологического исследования лимфоузла — реактивная гиперплазия. Выполнена резекция подвздошной кишки с формированием анастомоза конец в конец.

При морфологическом исследовании (рис. 2) в тонкой кишке определяется бугристое опухолевидное образование, основная масса которого располагается внекишечно, на разрезе опухоль серо-желтого цвета дольчатого вида.

Гистологическое исследование: в резецированной тонкой кишке обнаружена опухоль, имеющая строение неврилемомы (верокаевского типа) — рис. 3 и 4.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Лапаротомная рана зажила первичным натяжением. Стул на 3-и сутки. Пациентка выписана из клиники на 11-й день после хирургического вмешательства в удовлетворительном состоянии. Через месяц осмотрена в ГНЦК. Жалоб нет. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Стул регулярный, без примесей.

Заключение

Таким образом, описанный нами случай является достаточно редкой находкой в хирургии кишечника. Диагностирование таких заболеваний с локализацией в тонкой кишке требует подробного комплексного обследования больного.

Список литературы

1. Давыдов М.И., Близнюков О.П., Туркин И.Н. и др. Шванномы пищевода // Рос. онкол. журн. — 2010. — № 3. — С. 39–42.
1. Davydov M.I., Bliznyukov O.P., Turkin I.N. et al. Schwannomas of the esophagus // Rus. oncol. zhurn. — 2010. — N 3. — P. 39–42.
2. Маев И.В., Жиляев Е.В. и др. Трудность диагностики опухолей тонкой кишки // Consilium medicum. — 2009. — № 2. — С. 53–57.
2. Mayev I.V., Zhilyaev Ye. V. et al. Difficulty of diagnostics of small intestinal tumors // Consilium medicum. — 2009. — N 2. — P. 53–57.
3. МакНелли П.Р. Секреты гастроэнтерологии. — М.: БИНОМ, 2005.
3. MakNelli P.R. Secrets of gastroenterology. — М.: BINOM, 2005.
4. Овчинников В.А., Абелевич А.И., Володин А.Н. и др. Гастроинтестинальные стромальные опухоли: клинические маски, диагностика, лечение // Хирургия. — 2009. — № 7. — С. 63–67.
4. Ovchinnikov V.A., Abelevich A.I., Volodin A.N. et al. Gastrointestinal stromal tumors: clinical masks, diagnostics, treatment // Surgery. — 2009. — N 7. — P. 63–67.
5. Парфенов А.И. Энтерология. — М.: Мед. информ. агентство, 2009.
5. Parfenov A.I. Enterology. — М.: Med. inform. agency, 2009.
6. Стилиди И.С., Архипу П.П., Никулин М.П. Гастроинтестинальные опухоли в эпоху лечения Гливеком // Вместе против рака. — 2008. — № 2. — С. 45–50.
6. Stilidi I.S., Arkhiri P.P., Nikulin M.P. Gastrointestinal tumors at the Glivec treatment epoch // Together against the cancer. — 2008. — N 2. — P. 45–50.
7. Ji F., Wang Z.W., Wang L.J. et al. Clinicopathological characteristics of gastrointestinal mesenchymal tumors and diagnostic value of endoscopic ultrasonography // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2008. — Vol. 23, N 8 (Pt. 2). — P. 318–324.