

УДК 616.341-006-071-+618.11  
 © Е.В.Федотова, А.Л.Петрушин

## Клинические наблюдения злокачественных опухолей брыжейки тонкой кишки, симулировавших кистомы яичников Е.В.ФЕДОТОВА, А.Л.ПЕТРУШИН

**The two clinical cases of malignant mesenteric tumors simulated the ovarian cyst**  
 E.V.FEDOTOVA, A.L.PETRUSHIN

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск  
 Городская клиническая больница №7, г. Архангельск  
 Карпогорская центральная районная больница

*«As experience has accumulated in treating these lesions, a more complete picture of the various disease types that manifest as mesenteric masses is emerged!»  
 (Hart J.T. Solid tumors of the mesentery. Ann Surg. 1936;104:184-198.)*

Злокачественные опухоли тонкой кишки составляют около 1% злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта. Неэпителиальные злокачественные опухоли встречаются чаще эпителиальных — в 64% случаев. Распространенность опухолей брыжейки составляет 1:200-350 тысяч населения [9]. Кистозные опухоли составляют 40-60% [7].

Гистологическое строение весьма разнообразно. Около половины неэпителиальных злокачественных опухолей представлено лимфо- и ретикулосаркомами. Чаще всего, макроскопически опухоль представлена полициклическим образованием с неровными контурами. Характерно наличие очагов внутриопухолевого некроза.

Опухоли, источник происхождения которых расположен между листами брыжейки, крайне редки. Наибольшим количеством клинических наблюдений по данной патологии располагают Guivarch M (102 случая) и Luo H.S (171 случай) [9].

В противоположность этому злокачественные имплантаты из интраабдоминальных или тазовых опухолей, или метастазы в мезентериальные лимфатические узлы отмечаются относительно чаще. По данным Whitley N.O. первичные опухоли составляют 1%, метастатические – 99% от общего количества злокачественных опухолей брыжейки тонкой кишки [12].

### Патоморфология

Среди первичных опухолей брыжейки различают кистоидные и солидные. Классификация этих опухолей представлена в таблице 1.

Сведения о преобладании доброкачественных или злокачественных опухолей приведенные в зарубежной литературе носит противоречивый характер.

По данным Lazar C., опубликованным в 1982 г., удельный вес доброкачественных опухолей брыжейки составил 26,5%, злокачественных – 73,5% [4].

Parlakgumus A. и соавт. из 8 пациентов у 5 наблюдали кистозные опухоли, у 3 – солидные. Все опухоли, описанные авторами, носили доброкачественный характер [8]. В целом по данным зарубежной литературы злокачественные опухоли составляют от 1/3 до половины всех объемных образований брыжейки [9]. Солидные злокачественные опухоли возникают вблизи свода брыжейки; солидные доброкачественные опухоли обладают большей тенденцией развиваться по периферии, около кишечника. Среди злокачественных опухолей преобладают лимфомы, лейомио-, фибро- и липосаркомы [6;11]. Среди доброкачественных – кистозные образования и лейомиомы [6]. Опухоли брыжейки чаще развиваются у женщин [1].

### Клинические проявления

У большинства больных симптомы отсутствуют или незначительны, опухоль выявляют во время рутинного обследования. Большинство зарубежных исследователей указывая на скудную клиническую картину при опухолях брыжейки, основными симптомами данной патологии считают наличие болей в животе умеренного характера, подвижной пальпируемой опухоли, похудания и диареи [2;6]. Редко наблюдают больного, имеющего симптомы полной кишечной обструкции или симптомы, обусловленные осложнениями опухоли per se, такие как перекручивание, кровоизлияние или инфаркт массы опухоли. При отсутствии обструкции кишечника или этих осложнений единственным проявлением данной патологии брыжейки тонкой кишки может быть существование безболезненного интраабдоминального образования, локализованного обычно в нижней правой части живота. Размер опухоли варьирует от нескольких десятков сантиметров в диаметре до такого, который может заполнить всю брюшную полость. Чрезвычайно большими образованиями являются кисты, в этом

Таблица 1

**Классификация первичных мезентериальных опухолей**

Происхождение	Доброкачественные	Злокачественные
Кистозные опухоли:		
Дефекты развития	Хилезная киста. Серозная киста	
Лимфатическая ткань	Лимфангиома	Лимфангиосаркома
Травма	Травматическая киста	
Эмбриональные остатки	Киста кишечника	
	Дермоид	Злокачественная тератома
Солидные опухоли:		
Жировая ткань. Фиброзная ткань. Элементы нервной ткани	Липома Фиброма Неврилеммома	Липосаркома Фибросаркома Злокачественная шваннома Нейрофиброма
Гладкая мускулатура	Лейомиома Фибромиома	Лейомиосаркома Фибромиосаркома
Сосудистая ткань	Гемангиома	Гемангиоперицитомы

случае они представляют собой натянутые и флюктуирующие массы. Как кистозные, так и солидные опухоли брыжейки обладают боковой подвижностью; они могут легко перемещаться из стороны в сторону, но только незначительно — в верхнем и нижнем направлениях — симптом Тийо (в оригинальном написании - Tillaux).

Наличие дополнительного пальпируемого образования в брюшной полости может быть одним из первых и единственным симптомом саркомы тонкой кишки. При дальнейшем росте опухоли присоединяется асцит, что делает пальпацию образования менее информативной. Для лимфо- и ретикулосарком наиболее часто первым симптомом является энтерит; асцит развивается, как правило, при больших размерах первичной опухоли и наличии ее регионарных лимфогенных метастазов.

**Диагностика**

Диагностика злокачественных опухолей тонкой кишки, как правило, проводится при распространенных формах опухоли. Надежных методов скрининга на сегодняшний день не существует. По данным пальпации брюшной полости можно предположительно высказаться о природе и локализации пальпируемого образования. Основной этап диагностики — инструментальный. Из рентгенологических методов применяется изучение пассажа контраста по тонкой кишке. Для увеличения разрешающей способности метода применяется гипотония. Этот метод способен дать информации о локализации, распространенности опухоли и наличии осложнения. Судить о природе образования не всегда достаточно просто, особенно при подслизистом росте саркомы. Характерные рентгенологические признаки злокачественного поражения тонкой кишки — ригидность стенки и неровность контуров патологической зоны. Применение эндоско-

пических методов ограничено, возможно осмотреть только начальный и дистальный отделы тонкой кишки. Для исключения как первичного, так и вторичного поражения окружающих органов показано рентгенологическое и эндоскопическое обследование желудка, толстой кишки, почек. Применение ультразвукового метода и рентгенокомпьютерной томографии позволяет выявить локализацию и размеры опухолевого процесса, оценить состояние окружающих тканей. Под контролем этих методов возможно провести тонкоигольную пункцию образования и верифицировать диагноз.

Визуализирующие методы — самые полезные в диагностике как кистозных, так и солидных мезентериальных опухолей. При контрастном рентгенологическом исследовании основным признаком является отеснение петель тонкой кишки растущей опухолью [2]. На ультрасонограмме мезентериальная киста выглядит как хорошо контурированная, проницаемая для ультразвуковых лучей трансакстическая абдоминальная масса. Ряд авторов рекомендуют биопсию опухоли под УЗИ-навигацией, указывая на высокую чувствительность (95%) и специфичность (100%) данного метода [3]. Компьютерная томография (КТ) демонстрирует простую мезентериальную кисту как неувеличивающуюся опухоль с тонкой стенкой, обладающую плотностью, близкой к плотности воды, а солидную опухоль — как массивный очаг, имеющий плотность мягкой ткани. КТ считается одним из основных методов диагностики мезентериальных опухолей. Несмотря на все свои преимущества, ряд авторов оценивают специфичность КТ в пределах 25% [5;8;12]. Дифференциальный КТ-диагноз необходимо проводить с метастатическими опухолями и склеротическим мезентеритом [10;12]. Значительная часть мезентериальных опухолей распознается лишь во время оперативного вмешательства [8].

### Лечение

Лечение доброкачественных и злокачественных очагов оперативное. Оперируются пациенты в плановом порядке, т. к. осложнения редки. Все мезентериальные кисты, обладающие достаточным размером и определяемые при пальпации, должны быть удалены, если это вообще возможно, так как даже доброкачественные опухоли в конечном счете вызывают боль и компрессию соседних структур. Доброкачественные кистозные опухоли могут быть удалены посредством энуклеации или локальной экцизии. Для доброкачественных солидных опухолей рекомендуют широкое иссечение (вместе с резекцией прилежащей части кишечника), потому что они имеют тенденцию к местному рецидивированию и злокачественному перерождению. Лечение злокачественных опухолей тонкой кишки — хирургическое. При операции необходимо удалить первичную опухоль и сектор брыжейки. Объем резекции нередко определяет метастатический компонент опухоли. При нерезектабельном процессе целесообразно формировать обходной анастомоз. К наложению тонкокишечных свищей лучше не прибегать, т. к. это ведет к быстрому истощению больных. Лучевая терапия не применяется ввиду малой ее эффективности и сложности облучения тонкой кишки. Эффективность химиотерапии изучается. По данным Vasilescu С. из 68 пациентов со злокачественными новообразованиями брыжейки радикальная операция оказалась возможной у 25 (37,7%). Причиной нерезектабельности у 41 пациента послужило прорастание в верхнюю брыжеечную артерию и вену, у 2 — отдаленные метастазы [11]. Прогноз при доброкачественных опухолях брыжейки благоприятный, при злокачественных период пятилетней выживаемости составляет 20-25% [9]. При своевременно выполненных радикальных операциях прогноз благоприятный.

#### Клинический случай 1

В феврале 2006 г. пациентка Ж., 43 лет, замужем, 3 детей, госпитализирована в гинекологическое отделение Карпогорской ЦРБ с диагнозом – Киста правого яичника. Жалобы – пальпируемое опухолевидное образование внизу живота, чувство тяжести. Считает себя больной с осени 2005 г. По данным УЗИ органов малого таза (сентябрь 2005 г. – признаки фолликулярной кисты правого яичника (Д 20 мм). В феврале 2006 г. в связи с обращением в женскую консультацию по поводу болевого синдрома осмотрена гинекологом – над маткой пальпируется округлое образование 15х20 см в диаметре. При УЗИ органов малого таза (февраль 2006 г.) – признаки образования брюшной полости больших размеров – выше мочевого пузыря округлое образование неоднородной структуры 153х86х138 мм, эхо+. Диагноз: быстро растущая киста правого яичника.

Оперативное лечение в плановом порядке назначено на 01.03.2006 г.– предполагаемый объем – ампутация правых придатков, стерилизация. На операции:

Н/ср лапаротомия – выпота в брюшной полости нет. Выполнена ревизия органов малого таза – патологии не выявлено. При ревизии брюшной полости выявлена опухоль 30×25 см, исходящая из брыжейки тонкой кишки, кишка интимно спаяна с опухолью, распластана на ней (рис. 1). Клинический диагноз: Опухоль брыжейки тонкой кишки.

Выполнена мобилизация тонкой кишки, резекция кишки вместе с опухолью (рис. 2). Сформирован тонкокишечный анастомоз конец – в – конец однорядным швом.

Препарат – опухоль округлой формы, плотная, на разрезе представлена плотной тканью белесого цвета. Препарат направлен на гистологическое исследование (рис. 3).

Послеоперационный период без осложнений, швы сняты на 9-е сутки, заживление рег prima. Гистологическое заключение – миксоидная липосаркома брыжейки тонкой кишки II ст. Пациентка направлена в ООД. Наблюдается в соответствии со стандартами. Последняя явка в марте 2010 – рецидива нет. Лучевую и/или химиотерапию не получала.

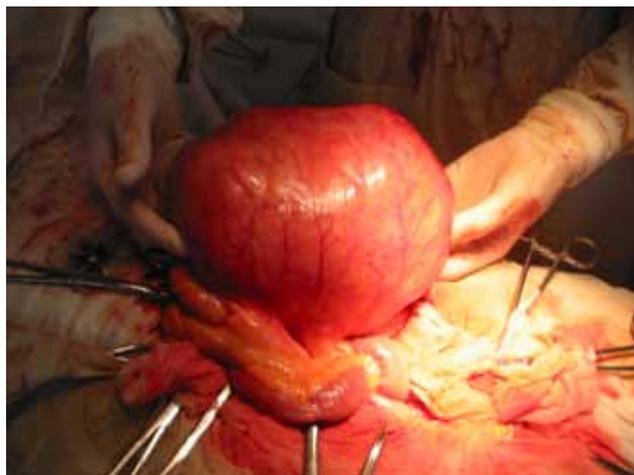


Рис. 1. Описание в тексте.



Рис. 2. Описание в тексте.



Рис. 3. Описание в тексте.



Рис. 4. Описание в тексте.

### Клинический случай 2

Пациентка Б., 36 лет (не замужем, детей нет), поступила для оперативного лечения в гинекологическое отделение ГKB №7 22 июня 2010 года, с диагнозом: киста левого яичника больших размеров. В течение нескольких лет сама пальпировала у себя образование в брюшной полости, неоднократно обращалась к специалистам поликлиники по месту жительства с жалобами на дискомфорт и тяжесть в животе. В течение нескольких лет неоднократно обращалась с данными жалобами в различные ЛПУ города, обследовалась. В связи с ухудшением состояния: отсутствие аппетита, снижение массы тела, наличие пальпируемого образования в верхних отделах живота вновь обратилась в поликлинику по м/ж, обследована. Ирригоскопия (08.04.2010 г.): до слепой кишки толстая кишка заполнилась барием и контрастировалась воздухом, гастрострация ровная, просвет не сужен. Заключение: патологии нет

Консультирована колопроктологом ООД – без патологии.

На УЗИ органов малого таза от 03.05.2010 г.: признаки кисты левого яичника, не исключаются признаки полипа эндометрия. ФГДС (14.05.2010 г.): хронический гастрит. ФОГ (19.10.2009 г.): патологии не выявлено. Осмотр терапевта (07.06.2010 г.): патологии не выявлено.

Диагноз по результатам обследований – киста левого яичника больших размеров. Поступила в гинекологическое отделение для планового оперативного лечения, назначенного на 23.06.10 г. – предполагаемый объем: лапаротомия по Пфанненштилю, ревизия органов брюшной полости, удаление опухоли.

По вскрытии брюшной полости обнаружено: в рану предлежит опухолевидное образование 25×15 см, располагающееся в брыжейке тонкой кишки. Матка не увеличена, обычной окраски. Маточные трубы длиной до 8 см, форма и цвет обычные. Фимбрии свободные. Яичники 3×2×1 см, визуально - без особенностей. В

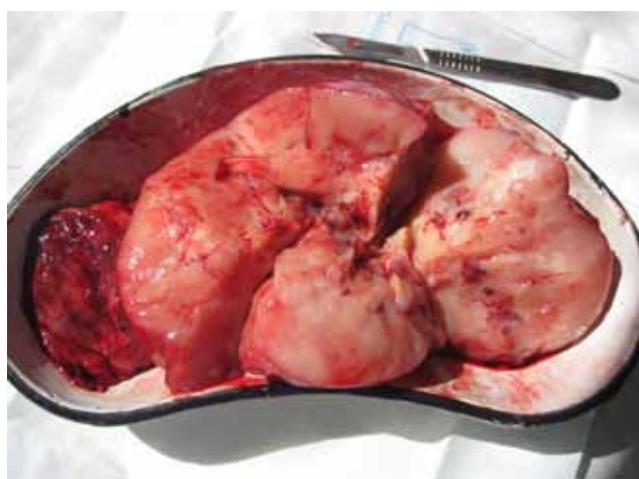


Рис. 5. Описание в тексте.

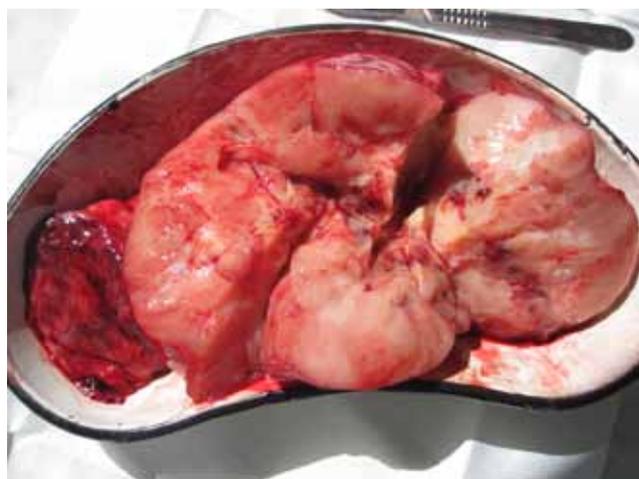


Рис. 6. Описание в тексте.

операционную приглашены хирурги, переход на средне-срединную лапаротомию, в брыжейке тонкой кишки от илеоцекального купола на расстоянии 10 см опухолевидное образование: 25×15 см, эластичное, не пульсирует, подвижное, не спаянное с окружающими тканями. На брюшине, в печени, по ходу кишечника, дополнительных образований (метастазов) нет.

Вскрыт висцеральный листок брюшины брыжейки тонкой кишки – тупо выделены из ложа 4 опухолевидных образования – одно 25×15 см, и 3 меньшего диаметра (до 3,0-4,0 см) аналогичной плотности. Сосудистая ножка образования – лигирована с прошиванием. Гемостаз. Целостность брыжейки восстановлена. Пульсация мезентериальных сосудов отчетливая, тонкая кишка спавшаяся, перистальтирует, серозная оболочка обычного цвета. Целостность брыжейки восстановлена узловыми швами. В м/таз установлена ПХВ трубка через контрапертуру в правой подвздошной области. Лапаротомные раны ушиты послойно наглухо.

Макропрепарат на разрезе – жировая ткань в центре с некрозом (рис. 4-6). Гистологическое заключение злокачественная эпителиоидная лейомиома. Консультирована в онкоцентре г. Москва – лейомиосаркома. Послеоперационный период гладкий. Заживление ран рег примат, швы сняты на 8-й день. Пациентка направ-

лена в ООД. Лучевую и/или химиотерапию не получала.

### Заключение

Представленный анализ литературы и собственные наблюдения свидетельствуют о редкости и сложности диагностики первичных злокачественных опухолей брыжейки тонкой кишки. Достигая значительных размеров, они могут имитировать кистозные образования малого таза у женщин. Основным клиническим признаком является наличие пальпируемой опухоли. Из инструментальных КТ томография и УЗИ. В большинстве наблюдений окончательный диагноз устанавливается во время оперативного вмешательства. Оптимальным является радикальное удаление опухоли в пределах здоровых тканей. Представленные наблюдения свидетельствуют о хороших результатах после радикального хирургического лечения.

### Список литературы

1. Cook M.B., Dawsey S.M., Freedman N.D. et al. Sex disparities in cancer incidence by period and age. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2009; 18: 4: 1174-1182.
2. Hirakoba M., Kume K., Yamasaki M. et al. Primary mesenteric liposarcoma successfully diagnosed by preoperative imaging studies *Intern. Med.* 2007; 46: 7: 373-375.
3. Ho L.M., Thomas J., Fine S.A. et al. Usefulness of sonographic guidance during percutaneous biopsy of mesenteric masses. *AJR. Am. J. Roentgenol.* 2003; 180: 6: 1563-1566.
4. Lazar C., Chifan M., Strat V. et al. Tumor and cyst of the mesentery. Clinical and therapeutic study. *Rev.Chir. Oncol. Radiol. ORL Oftalmol. Stomatol. Chir.* 1982; 31: 6: 423-430.
5. Lorken M., Marnitz U., Manegold E. et al. Intra-abdominal lymphangioma. *Chirurg.* 2001; 72: 1: 72-77.
6. Luo H.S. Mesentery tumor – clinico-pathologic analysis of 171 cases. *Zhonghua Zhong Lui Za Zhi.* 1989; 11: 2: 139-141.
7. Metaxas G., Tangalos A., Pappa P. et al. Mucinous cystic neoplasms of the mesentery: a case report and review of the literature. *World J Surg Oncol.* 2009; 7: 47.
8. Parlakgumus A., Tokmak N., Bal N. et al. Diagnosis and treatment of mesenteric tumors. *Acta Chir. Belg.* 2010; 110: 1: 51-56.
9. Seymour N.E. Mesenteric tumors. URL [www.http://emedicine.medscape.com/article/191675-overview](http://www.http://emedicine.medscape.com/article/191675-overview)
10. Sheth S., Horton K.M., Melissa R. et al. Mesentery neoplasm: CT appearances of primary and secondary tumors and differential diagnosis. *Radiographics.* 2003; 23: 2: 457-473.
11. Vasilescu C., Popa C., Ionescu M. Primary solid tumors of the mesentery. *Chirurgia (Bucur).* 1995; 44: 4: 55-64.
12. Whiley N.O., Boehlman M.E., Baker I.P. CT patterns of mesenteric diseases. *Comput. Assist. Tomogr.* 1982; 6: 490-496.

Поступила 27.05.2011 г.

### Информация об авторах

1. Федотова Елена Владимировна – к.м.н., заведующая хирургическим отделением городской клинической больницы №7, доцент кафедры госпитальной хирургии Северного государственного медицинского университета г. Архангельска; e-mail: elena.liza2011@yandex.ru
2. Петрушин Александр Леонидович – к.м.н., заведующий хирургическим отделением Карпогорской центральной районной больницы Архангельской области; e-mail: pal11@atnet.ru