

Острая тонкокишечная непроходимость опухолевой природы

А.Ю.АБРАМОВ, А.Б.ЛАРИЧЕВ, Н.В.БОРИСОВА

Acute small intestinal obstruction of the tumoral nature

A.Yu.ABRAMOV, A.B.LARICHEV, N.V.BORISOVA

Ярославская государственная медицинская академия

Среди всех новообразований желудочно-кишечного тракта на долю опухолей тонкой кишки приходится 1-2%. Данная патология не имеет специфической симптоматики, и длительное время её проявления остаются завуалированными. Диагностические проблемы сохраняются даже в том случае, когда развивается осложнённое течение болезни в виде кишечной непроходимости и пациенты поступают в хирургическую клинику [1-4]. Редкость публикаций, посвящённых этой тематике, а также отсутствие четких алгоритмов диагностики и хирургической тактики при данной патологии послужили поводом для того, чтобы подытожить личный опыт и поделиться им на страницах печати.

Анализируются результаты лечения 7 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении МУЗ КБ им. Н.А.Семашко г. Ярославля в период с 2000 по 2010 г. по поводу опухолей тонкой кишки. Мужчин было 4, женщин – 3. Возраст пациентов варьировал от 24 до 74 лет и, в среднем, составлял 53,7 лет. Все больные поступили в клинику в экстренном порядке с картиной острой кишечной непроходимости (3,03% от всех пациентов, лечившихся по поводу интестинального илеуса). Один больной был госпитализирован в первые сутки от начала заболевания, остальные – позднее 24 часов. Ретроспективно установлено, что в течение последнего времени 3 пациента отмечали значительное снижение массы тела. В 4-х наблюдениях на протяжении года имелся желудочно-кишечный дискомфорт в виде периодически возникающих схваткообразных болей в животе, умеренного его вздутия, тошноты, неустойчивого стула. У 1 больного при УЗИ органов брюшной полости за месяц до госпитализации была заподозрена опухоль тонкой кишки.

При поступлении всем больным проводили традиционный комплекс мероприятий, включавший инфузионную терапию, декомпрессию желудка, очистительную клизму, выполняли пробу Шварца. На фоне лечения отмечалось снижение интенсивности или полное исчезновение болевого синдрома, прекращение диспепсических явлений, уменьшение вздутия живота, самостоятельное отхождение газов. Однако через незначительный промежуток времени состояние больных вновь ухудшалось.

В связи с бесперспективностью консервативной терапии и прогрессированием симптоматики восходящего кишечного стаза всем пациентам выполнены операции. Во время лапаротомии у 2 больных диагностирована тонко-тонкокишечная инвагинация, у остальных – obturational тонкокишечная непроходимость, которая в одном наблюдении осложнилась престенотической перфорацией подвздошной кишки. У 2 пациентов опухоль локализовалась в тощей, у 4 – в подвздошной кишке. У 1 больного имели место множественные (8) опухоли тонкой кишки, «рассеянные» на всем ее протяжении. В 6 наблюдениях выполнена резекция «несущего» опухоль сегмента тонкой кишки с наложением энтероэнтероанастомоза, 1 пациенту с опухолью дистального отдела подвздошной кишки произведена правосторонняя гемиколэктомия с илео-трансверзоанастомозом.

Морфологическое строение опухолей отличалось выраженной вариабельностью. У 3 больных выявлена доброкачественная опухоль (фиброма, липома, экстрагенитальный эндометриоз стенки тонкой кишки). У 4 пациентов новообразование имело злокачественный характер (гастроинтестинальная стромальная опухоль $T_4N_4M_1C_4$, лейомиосаркома $T_4N_1M_0C_4$, нейроэндокринная опухоль $T_4N_0M_0G_2C_4$, аденокарцинома $T_4N_1M_0G_3C_4$).

В послеоперационном периоде у 1 пациента отмечена несостоятельность энтероэнтероанастомоза, потребовавшая производства релапаротомии. Умерли 2 больных, в связи с прогрессированием распространенного гнойного перитонита и полиорганной недостаточности.

Среди анализированных наблюдений наибольший интерес представляет случай успешного лечения больного с множественной гастроинтестинальной стромальной опухолью тонкой кишки.

Пациент М., 61 года (ИБ № 1715), поступил в клинику 24 октября 2009 года в 23 часа 40 минут, через 22 часа от начала заболевания, с подозрением на острую кишечную непроходимость. В течение последних 6 месяцев пациент отмечал ухудшение общего состояния с периодически возникающей болью в животе и чередованием запоров с поносами. За 1,5 месяца до госпитализации при УЗИ была диагностирована опухоль тонкой кишки диаметром 2,5 см. При поступлении пациенту проводили инфузионную терапию, декомпрес-

сию желудка, очистительную клизму, изучали пассаж бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту. Несмотря на консервативную терапию, нарастала клиническая картина восходящего кишечного стаза (рис. 1). В связи с этим, 25 октября 2009 года в 17 часов 30 минут выполнена лапаротомия (оператор – доц. А.Ю.Абрамов). При ревизии органов брюшной полости в 70 см от илеоцекального угла выявлен тонко-тонкокишечный инвагинат длиной около 10 см, состоящий из 3 цилиндров (рис. 2). После дезинвагинации в просвете подвздошной кишки, входящей в инвагинат, обнаружена опухоль 4,5х3,0 см, прорастающая все слои и практически полностью обтурирующая ее просвет (рис. 3). Учитывая наличие опухоли и сомнительную жизнеспособность стенки кишки, составляющей инвагинат, выполнена ее резекция, отступая от границы ишемии в проксимальном направлении на 40 см и в дистальном – на 20 см, с наложением энтеро-энтероанастомоза по типу «бок в бок».

При ревизии оставшейся части тонкой кишки обнаружены еще 7 аналогичных опухолевидных образований размером от 1,5 до 4,0 см в диаметре. Они локализовались последовательно в 15 см от связки Трейтца, далее через 20 см, затем еще через 20 см, 40 см, 45 см, 15 см и, наконец, через 100 см. Проксимальность кишки в их проекции не нарушена. Видимых метастазов в печень не выявлено. Отмечено увеличение лимфатических узлов корня брыжейки тонкой кишки в пределах от 0,8 до 1,2 см, один из них взят для биопсии. При патоморфологическом исследовании удаленной опухоли (№ 12086-96 от 28.10.09 г.) верифицирована злокачественная гастроинтестинальная стромальная опухоль преимущественно веретенноклеточного строения, прорастающая все слои стенки кишки. При биопсии лимфатического узла опухолевых элементов не выявлено.

Послеоперационный период протекал гладко, пациент готовился к выписке на амбулаторное лечение. Однако в ночь с 7 на 8 ноября 2009 года у него появилась рвота, присоединилась боль и вздутие живота. Проводимые при этом стандартные лечебные мероприятия оказались без должного эффекта. На фоне прогрессирования клинической картины механической кишечной непроходимости в правой боковой области стал определяться цилиндрической формы инфильтрат размером 20,0х8,0 см. В связи с этим, 11 ноября 2009 года выполнена релапаротомия (оператор – доц. А.Ю.Абрамов), во время которой на расстоянии 1,2 м от связки Трейтца выявлен тонко-тонкокишечный инвагинат 25,0х6,0 см, состоящий из 3 цилиндров. Проксимальнее кишка была расширена до 5,0-6,0 см, дистальнее – спавшаяся до 1,0-1,5 см в диаметре. После расправления инвагината на входящей в него петле кишки обнаружены 3 опухоли (рис. 2).

В сравнении с операционной находкой от 25 октября 2009 года их состояние, также как и у других 4 новообразований, имело отрицательную динамику, которая выражалась в увеличении размеров и умень-



Рис. 1. Пациент М. Обзорная Ro-грамма брюшной полости: пассаж бария, признаки кишечной непроходимости.

шении проходимости кишки в местах их локализации (рис. 3). Обращало внимание множество увеличенных до 1,5-2,0 см плотных округлых лимфатических узлов в брыжейке тонкой кишки. Чуть меньший размер имели лимфоузлы по ходу брюшной аорты. В брыжейке сигмовидной кишки, на уровне средней ее трети было обнаружено вишневого цвета опухолевидное образование до 2 см в диаметре.

С учетом отрицательной динамики состояния опухолей тонкой кишки, результатов гистологического исследования удаленного во время предыдущей операции новообразования (злокачественная гастроинтестинальная стромальная опухоль), а также осложненное течение послеоперационного периода (повторная инвагинация) выполнена обширная резекция тонкой кишки с удалением всех обнаруженных опухолей и формированием энтеро-энтероанастомоза по типу «бок в бок» двухрядным швом. Общая протяженность оставшейся тонкой кишки не превышала 1,7-1,8 м, включая 2 межкишечных анастомоза. Выполнена энуклеация опухолевидного образования брыжейки сигмовидной кишки (результат патоморфологического исследования № 12952-55 от 15.11.09 г. – ткань злокачественной гастроинтестинальной опухоли с большим количеством пигмента). С целью декомпрессии введен интестинальный зонд до уровня первого анастомоза.

Спустя неделю после операции стало отмечаться повышение температуры тела до 38,5°C, появилась боль в животе, признаки распространенного перитонита, что послужило поводом к производству повторного

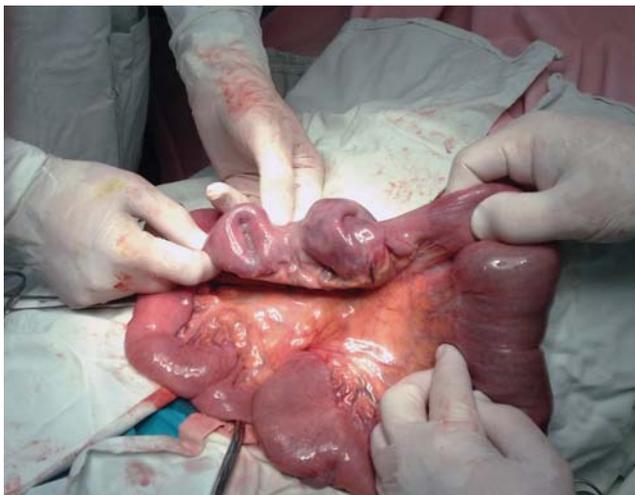


Рис. 2. Пациент М. Опухоли, образовавшие повторную инвагинацию.

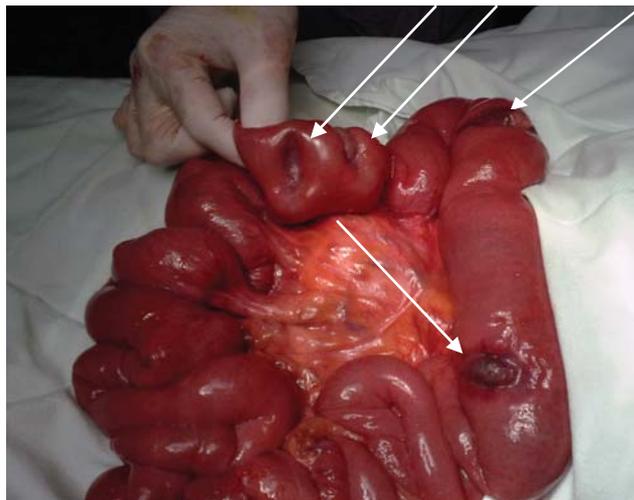


Рис. 3. Пациент М. Множественные опухоли тонкой кишки.

оперативного вмешательства, которое было выполнено 20 ноября 2009 года. Во время повторной релапаротомии (оператор – доц. А.Ю.Абрамов) в брюшной полости обнаружено до 1,8 л прозрачного серозного экссудата без запаха, имелся выраженный спаечный процесс между петлями тонкой кишки, определялись единичные нити фибрина в гипогастральной области, диаметр тонкой кишки не превышал 2,0-2,5 см, она была умеренно гиперемированной и хорошо перистальтировала, оба энтеро-энтероанастомоза состоятельны и проходимы. Примечательно, что при ревизии брюшной полости каких-либо новых опухолевидных образований не выявлено, однако на париетальной брюшине появились мелкие, до 1-2 мм в диаметре, просовидные высыпания белесоватого цвета. Выполнен перитонеальный лаваж пятью литрами раствора фурацилина, декомпрессия желудка, дренирование брюшной полости в подвздошных областях перчаточными и трубчатыми дренажами.

В послеоперационном периоде проводилось интенсивное лечение, включавшее антибактериальную терапию (тиенам 2,0 г в сутки внутривенно), профилактику тромбэмболических осложнений (фрагмин 5000 МЕ подкожно), октреотид 0,1 и квамател 20 мг – 2 раза в сутки, антифунгальные средства (дифлюкан 400 мг/сутки), парентеральное питание («Аминоплазмаль» 1000 мл, «Липофундин» 500 мл в сутки), 10% раствор альбумина по 100 мл в течение 5 суток, с 7 суток начато энтеральное питание («Берламин»). Дренажи из брюшной полости удалены на 9-е сутки. Швы со срединной раны сняты на 16 сутки, заживление срединной лапаротомной раны первичным натяжением, а контрапертур в подвздошных областях – вторичным. 9 декабря 2009 года выписан в удовлетворительном состоянии.

Дальнейшее лечение пациент проходил в условиях Ярославской областной клинической онкологической больницы. В период с января по сентябрь 2010 года прошел 6 курсов химиотерапии, неоднократно выполнялись рентгенологическое и ультразвуковое исследования органов грудной и брюшной полостей. Ранее выявленные (23 декабря 2009 года) на УЗИ гиперэхогенные образования на диафрагмальной поверхности печени исчезли. Осмотрен в середине ноября 2010 года, чувствует себя удовлетворительно, прибавил в весе, активно занимается профессиональной деятельностью. 25 ноября 2010 года данное клиническое наблюдение было представлено в качестве демонстрации на заседании Ярославского областного общества хирургов.

Резюмируя изложенную информацию, отметим, что опухоль тонкой кишки представляет собой редко встречающуюся в хирургической практике патологию. Высокие компенсаторные возможности пораженного органа, позволяющие обеспечивать адекватный пассаж содержимого, неспецифичность клинической симптоматики, а также невозможность морфологической верификации без инвазивных технологий, обуславливают позднюю диагностику (как правило, в случае развития осложнений). Среди них особое место занимает кишечная непроходимость, возникновение которой не зависит от степени злокачественности опухоли.

Предпринимаемое при этом оперативное пособие, включающую резекцию кишки, позволяет успешно справиться с отягчающими обстоятельствами и радикально избавиться от основного заболевания. В данном случае, на всех этапах работы с пациентом, от хирурга требуется диагностическая интуиция и тактическая импровизация, которые определяют основу позитивных результатов в лечении данной патологии.

Список литературы

1. Лагунчик Б.П., Лакомов В.В. Новообразования тонкой кишки. Хирургия 1990; 4: 28-31.
2. Карев И.Д., Терентьев И.Г., Петров А.В., Ефременко В.А. Диагностика и лечение опухолей тонкой кишки. Хирургия 1990; 4: 74-76.
3. Клименков А.А., Канишин Н.Н., Самойленко В.М., Фалин В.Л. Опухоли тонкой кишки и ее брыжейки. Хирургия 1990; 4: 21-25.
4. Куликов В.В., Гржимоловский А.В. Опухоли тонкой кишки. Хирургия 2008; 5: 65-69.

Поступила 15.03.2011 г.

Информация об авторах

1. Абрамов Андрей Юрьевич – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии Ярославской государственной медицинской академии; e-mail: larich-ab@mail.ru
2. Ларичев Андрей Борисович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Ярославской государственной медицинской академии; e-mail: larich-ab@mail.ru
3. Борисова Наталья Владимировна – ординатор кафе-

дры общей хирургии Ярославской государственной медицинской академии; e-mail: larich-ab@mail.ru