УДК 616.341-006.6-07-089

В.П. Сажин, Д.Е. Климов, В.А. Юрищев, И.А. Наумов, И.В. Сажин

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОНКОЙ КИШКИ

Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, Новомосковская городская клиническая больница

Ключевые слова: злокачественные новообразования, тонкая кишка.

Злокачественные новообразования тонкой кишки встречаются относительно редко, что само по себе достаточно удивительно, поскольку длина тонкой кишки составляет около 75% длины всего кишечника, а площадь поверхности ее слизистой оболочки – 90% площади поверхности слизистой оболочки всего желудочно-кишечного тракта. Онкологическая патология этого отдела кишечника встречается с частотой 0,6–0,7 на 100 000 населения, а на долю опухолей тонкой кишки приходится только 1–3% всех злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта [2, 4]. Однако эта заболеваемость в последние годы имеет тенденцию к росту [12].

В 12-перстной и начальных отделах тонкой кишки чаще встречаются аденокарциномы, в подвздошной кишке – лимфомы и карциноид [12]. В промышленно-развитых странах преобладают злокачественные, а в развивающихся – доброкачественные новообразования тонкой кишки. Мужчины болеют чаще женщин, с возрастом число заболевших увеличивается [15]. К факторам риска злокачественных заболеваний тонкой кишки относят вредные привычки и производственные вредности, болезнь Крона, семейный полипоз, язвенную болезнь, муковисцидоз, холецистэктомия [6, 12]. Своевременную диагностику этих опухолей затрудняет отсутствие у них характерных клинических проявлений. Первичные опухоли тонкой кишки характеризуются многообразием и неопределенностью симптомов, включающих в себя боли в животе (48–50% случаев), потерю в весе (42% случаев), анемию (39–58% случаев), кишечную непроходимость (33% случаев), а также кровотечение и перфорацию [1, 10]. Тонкая кишка остается относительно недоступной областью для применения стандартных диагностических эндоскопических и рентгенологических методик [2]. В результате этого дооперационная диагностика опухолей тонкой кишки является скорее исключением, чем правилом [7, 15]. Тем не менее хорошие результаты здесь может дать ультразвукографическое исследование, позволяющее иногда выявить само новообразование или его косвенные признаки [14]. Диагноз опухоли тонкой кишки должен подозреваться у всех пациентов с неопределенными абдоминальными жалобами [4]. Хорошие результаты при локализации новообразования в начальном отрезке этой части ки-

шечника дает энтероскопия. Менее травматична и более информативна спиральная компьютерная томография с одновременным введением в тощую кишку большого количества воды через назоинтестинальный зонд, проведенный за дуоденоеюнальный изгиб, а также магниторезонансная томография [4, 13]. Есть сообщения об эффективном применении видеокапсул для ранней диагностики опухолей тонкой кишки [8, 9].

Единственным шансом излечения пациентов с первичным раком тонкой кишки является операция на ранних стадиях заболевания. К сожалению, на момент ее выполнения в большинстве наблюдений уже имеется запущенное заболевание и отдаленные метастазы, а само оперативное лечение проводится по экстренным показаниям из-за развившихся осложнений [15]. При этом выполнение радикальной операции возможно только у 51–53,3% больных [3, 10]. В некоторых случаях удается выполнить лапароскопическую резекцию пораженного сегмента кишки [17]. Пятилетняя выживаемость составляет 20,8–52% [1, 10]. К задержке постановки диагноза у пациентов с раком тонкой кишки приводит большое количество ошибок при интерпретации результатов обследований и оценке жалоб. Кроме того, пациенты нередко слишком поздно обращаются за помощью к врачу.

С 1986 г. под нашим наблюдением находилось 10 больных со злокачественными новообразованиями тонкой кишки (6 мужчин, 4 женщины). Возраст больных колебался от 48 до 72 лет. Ни в одном случае опухоль не была диагностирована до операции. Восемь человек оперированы по экстренным показаниям. Поводом для операции у двух больных были тяжелые рецидивы кишечного кровотечения неясной этиологии. Шесть человек оперированы по поводу острой кишечной непроходимости. В двух случаях операция была выполнена в плановом порядке при подозрении на хроническую дуоденальную непроходимость. У семи больных опухоль локализовалась в проксимальных отделах тонкой кишки, у трех – в подвздошной кишке. При гистологическом исследовании во всех случаях обнаружена аденокарцинома. Размеры опухолей находились в границах 2–5 см. Во всех случаях удалось выполнить радикальные операции. Результаты лечения прослежены у восьми человек. Пятилетняя выживаемость составила 24%. Приводим характерные клинические наблюдения.

Наблюдение 1. Больная Б., 65 лет, поступила в хирургическое отделение по экстренным показаниям на 7-е сутки заболевания. Предъявляла жалобы на отрыжку «тухлым», многократную рвоту съеденной накануне пищей, слабость. Стула не было в течение 3 суток. Из анамнеза известно, что за последний месяц больная похудела на 15 кг. В течение недели беспокоили отрыжка, рвота съеденной накануне пищей, нарастающая слабость, головокружение, боли в эпигастральной области. Обратилась в поликлинику и была направлена на госпитализацию с подозрением на язвенную болезнь 12-перстной кишки с декомпенсированным стенозом желудка. В анамнезе жизни аппендэктомия.

При поступлении состояние тяжелое, сознание ясное. Кожные покровы бледные, тургор значительно снижен. Частота дыханий 18 в мин, пульс слабого наполнения, ритмичный с частотой 90 уд./мин, артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Язык сухой, живот не вздут, активно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, незначительно болезненный в эпигастральной области. В анализах: гемоглобин 167 г/л, эритроциты $4,9 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 48%, лейкоциты $9,4 \times 10^9$ /л, СОЭ 18 мм/час, мочевины 20,3 ммоль/л, креатинин 244,3 ммоль/л, калий 2,25 ммоль/л. Начата дезинтоксикационная терапия. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и почек патологии не выявлено. При эзофагогастродуоденоскопии в желудке застойное содержимое, привратник и луковица 12-перстной кишки свободно проходима. При рентгеноконтрастном исследовании желудка малая кривизна — на уровне передней верхней ости подвздошной кости. Эвакуация контрастной массы началась своевременно. Диаметр 12-перстной кишки увеличен до 7 см, контраст в ней задерживался до 8 мин, а затем проходил в тонкую кишку. Через 2 часа половина бария осталась в желудке, половина — в тонкой кишке. Через 4 часа основная масса контрастного вещества оказалась в тонкой кишке. Высказано предположение об аортomesентериальной компрессии 12-перстной кишки, декомпенсации хронической дуоденальной непроходимости. Для уточнения диагноза выполнена компьютерная томография, при которой заподозрена высокая спаечная тонкокишечная непроходимость.

На фоне проводимой терапии состояние больной стабилизировалось, прекратилась рвота, нормализовались биохимические показатели. На 13-й день пребывания в стационаре под эндотрахеальным наркозом выполнено лапароскопическое исследование: в брюшной полости найдены немногочисленные спайки с преимущественной локализацией в правой подвздошной области (последствия аппендэктомии), в 7 см от связки Трейца обнаружена циркулярная опухоль тонкой кишки размером 2×4 см, стенозировавшая ее просвет. Приводящий участок тонкой кишки в диаметре был около 5 см. Выполнена лапаротомия, резекция участка тонкой кишки с прилежащим сегментом брыжейки. При морфологическом исследовании диагностирована высокодифференцированная аденокарцинома с прорастанием в мышечный слой стенки кишки. В лимфатических узлах метастазов не обнаружено. Послеоперационный период протекал благоприятно, выписана с улучшением.

Наблюдение 2. Больная Г., 53 лет, поступила в городскую больницу по экстренным показаниям на 4-й день заболевания. Предъявляла жалобы на боли в эпигастральной области, тошноту, многократную рвоту, слабость. Страдала язвенной болезнью 12-перстной кишки с сезонными обострениями.

Объективно состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы бледные, тургор сохранен. Дыхание везикулярное, до 18 в мин, хрипов нет. Пульс слабого наполнения, ритмичный с частотой 86 уд./мин, артериальное давление 130/80 мм рт. ст. Язык сухой. Живот не вздут, умеренно болезненный в эпигастрии. Печень не увеличена, селезенка, почки не пальпируются. Физиологические отправления в норме. В анализах патологических изменений не обнаружено. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости данных за кишечную непроходимость нет. При ультрасонографии визуализирована расширенная до 3,2 см в диаметре 12-перст-

ная кишка с жидким содержимым и маятникообразной перистальтикой. При эзофагогастродуоденоскопии на передней стенке луковицы 12-перстной кишки обнаружена язва средней глубины диаметром 6—7 мм. При рентгеноконтрастном исследовании отмечена задержка эвакуации из желудка бариевой массы более чем на сутки. Заподозрена опухоль тощей кишки. Через неделю после госпитализации больная оперирована. При лапаротомии в 3 см от связки Трейца найдена плотная, циркулярно суживающая просвет начального отдела тонкой кишки опухоль, размером 3×4 см. Выполнена резекция участка тонкой кишки с опухолью. При патоморфологическом исследовании опухоль имела строение аденокарциномы с прорастанием всех слоев стенки кишки. Послеоперационный период протекал благоприятно, выписана с улучшением под наблюдением онколога.

Представленные примеры наглядно показывают объективные и субъективные трудности, возникающие при диагностике опухолей тонкой кишки. Как правило, диагноз удается установить только во время оперативных вмешательств, предпринимаемых по поводу urgentных ситуаций, осложняющих течение основного заболевания. Ни один из стандартных методов исследования не может с достаточной достоверностью свидетельствовать о наличии первичной опухоли тонкой кишки. Тем не менее комплексное применение всех диагностических методик и взвешенная оценка клинической симптоматики позволяют в подавляющем большинстве случаев высказать правильное суждение в пользу применения более агрессивной тактики у этой категории больных вплоть до выполнения лапароскопии и эксплоративной лапаротомии.

Литература

1. Abrahams N.A., Halverson A., Fazio V.W. et al. // *Dis. Colon Rectum*. — 2002. — Vol. 45, No. 11. — P. 1496—1502.
2. Abu-Hamda E.M., Hattab E.M., Lynch P.M. // *Curr. Gastroenterol. Rep.* — 2003. — Vol. 5, No. 5. — P. 386—393.
3. Bozdog A.D., Nazli O., Tansug T. et al. // *Hepatogastroenterology*. — 2003. — Vol. 50, Suppl. 2. — P. ccxvi—ccxviii.
4. De Franco A., Celi G., Restaino G. et al. — *Rays*. — 2002. — Vol. 27, No. 1. — P. 35—50.
5. Haselkorn T., Whittmore A.S., Lilienfeld D.E. — *Cancer Causes Control*. — 2005. — Vol. 16, No. 7. — P. 781—787.
6. Kaerlev L., Teglbjaerg P.S., Sabroe S. et al. // *J. Occup. Environ. Med.* — 2002. — Vol. 44, No. 6. — P. 516—522.
7. Lambert P., Minghini A., Pincus W. et al. // *Am. Surg.* — 1996. — Vol. 62, No. 9. — P. 709—715.
8. Madisch A., Schimming W., Kinzel F. et al. // *Endoscopy*. — 2003. — Vol. 35, No. 10/ — P. 861—864.
9. Mascarenhas-Saraiva M.N., Silva Araujo Lopes L.M. // *Endoscopy*. — 2003. — Vol. 35, No. 10. — P. 865—868.
10. Naef M., Buhlmann M., Baer H.U. // *Langenbecks Arch. Surg.* — 1999. — Vol. 384, No. 2. — P. 176—180.
11. Napolitano L., Waku M., De Nicola P. et al. // *G. Chir.* — 2004. — Vol. 25, No. 6-7. — P. 235—237.
12. Neugut A.I., Jacobson J.S., Suh S. et al. // *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* — 1998. — Vol. 7, No. 3. — P. 243—251.

13. Orjollat-Lecoanet C., Menard Y., Martins A. et al. // *J. Radiol.* – 2000. – Vol. 81, No. 6. – P. 618–627.
14. Rioux M., Langis P., Naud F. et al. // *Abdom. Imaging.* – 1995. – Vol. 20, No. 1. – P. 37–43.
15. Zollei I., Balogh A. // *Acta Chir. Hung.* – 1997. – Vol. 36, No. 1–4. – P. 406–408.

Поступила в редакцию 15.11.05.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE SMALL BOWEL TUMORS

V.P. Sazhin, D.E. Klimov, V.A. Yurishchev, I.A. Naumov, I.V. Sazhin

Ryazan State Medical University, Novomoskovsk City Hospital
Summary – The review of the literature and 10 own cases of malignant tumors of the small bowel. Complexities of diagnostics are emphasized. The description of two clinical examples is given.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 4, p. 67–69.

УДК 616.33-006.6-005.1-072.1(571.63)

С.В. Глушак, В.В. Фролов, Е.С. Кочергина

КРОВОТЕЧЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ РАКОМ ЖЕЛУДКА (ПО МАТЕРИАЛАМ ПРИМОРСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ)

Приморская крайвая клиническая больница № 1
(г. Владивосток)

Ключевые слова: рак желудка, кровотечение, тактика.

В Российской Федерации удельный вес рака желудка в структуре онкологической патологии составляет 9,9% (у обоих полов) [7]. В Приморском крае в 2004 г. этот показатель среди мужчин равнялся 11% и среди женщин – 7,3%. Опухоли желудка стали причиной смерти у 13,6% мужчин и 12,2% женщин, страдавших онкологическими заболеваниями. Одним из осложнений рака желудка является желудочное кровотечение. Эта опухоль, по данным различных источников, на протяжении ряда лет обуславливает от 5,1 до 22,4% всех желудочных кровотечений [1, 2, 5]. Летальность при желудочно-кишечных кровотечениях, осложняющих эту онкопатологию, доходит до 30% [4, 5].

О трудностях остановки кровотечения при распадающихся опухолях желудка свидетельствовали многие отечественные авторы [1, 3, 4, 6]. Они отмечали, что при клипировании сосудов из-за выраженной инфильтрации тканей клипсы не удерживались, а при использовании коагуляции часто наблюдалось усиление кровотечения. Зафиксирован хороший гемостатический эффект при местном обкалывании зоны кровотечения спиртом и в последующем – через некоторое время – дициноном.

Помимо эндоскопических методов для остановки кровотечения при опухолях желудка возможно применение ангиографии. Во время этой процедуры показано и фармакологическое воздействие: введение вазоконстрикторных препаратов или эмболизация [6].

Больные с острыми желудочно-кишечными кровотечениями, проявляющимися рвотой кровью, «кофейной гущей» или меленой, подлежат экстренному эндоскопическому исследованию. Экстренная эндоскопия выполняется в первые 12 часов от начала кровотечения. Эндоскопическое исследование необходимо проводить в зависимости от состояния больного и переносимости данного метода как под

местной анестезией, так и с применением инфузионной терапии в присутствии анестезиолога, а иногда и под наркозом. Мы считаем, что эндоскопическое исследование верхнего отдела пищеварительного тракта показано даже при выраженном кровотечении вне зависимости от времени последнего приема пищи. Сама процедура при этом не является причиной ухудшения состояния больного и может проводиться параллельно с реанимационными мероприятиями.

Следует согласиться с теми авторами, которые не рекомендуют промывать желудок, так как полностью отмыть кровь при этом не удастся, а введение зонда может вызвать рвоту и рецидив кровотечения [2, 3]. При кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта необходима панэндоскопия торцовым аппаратом. Осмотр проводится в обратном порядке: двенадцатиперстная кишка – желудок. Достоверными признаками кровотечения являются подтекание венозной или артериальной крови, фиксированный сгусток на поверхности субстрата, тромбированный сосуд, имбиция слизистой оболочки и внутрисуставная гематома вокруг источника кровотечения [2].

Большинство больных, поступающих с кровотечением, во время эндоскопии уже имеют признаки его остановки. Об эпизоде недавнего кровотечения свидетельствует наличие солянокислого гематина черного цвета или тромбированных сосудов. Это можно объяснить тем, что во время транспортировки больного в лечебное учреждение в результате кровопотери происходит снижение артериального давления и при оказании первой помощи на этом этапе выполняется гемостатическая терапия.

При кровотечениях, обусловленных раком желудка, помимо гемостаза необходима оценка состояния больного в плане дальнейшего ведения. Для этого применяется комплекс различных инструментальных методов. Эндоскопически оценивается распространенность процесса, и в зависимости от этого планируется либо оперативное пособие, либо симптоматическое лечение с гемостатической терапией.

При распространенном или тотальном поражении желудка раковой опухолью кровотечение может носить рецидивирующий характер, и при этом эндоскопический гемостаз не всегда эффективен. Оперативное лечение здесь обычно не показано по общесоматическому статусу больного. В подобных ситуациях для исключения рецидива кровотечения возможна эмболизация сосудов, кровоснабжающих опухоль.