

В.І. Лучків, головний хірург УОЗ ЖОДА, **В.П. Перепелиця**, головний хірург УОЗ м. Житомира, завідувач хірургічного відділення № 1 КУЦМЛ № 1 м. Житомира, **В.С. Хоменко**, **Л.В. Хоменко**, **А.В. Сироткін**, **Є.П. Побережний**, завідувач хірургічного відділення Житомирського військового госпіталю

Випадок хірургічного лікування ліпосаркоми тонкої кишки

Доброякісні та злоякісні новоутворення в тонкому кишечнику зустрічаються вкрай рідко і становлять лише 3-4% усіх пухлин кишечника та близько 5% серед усіх пухлин шлунково-кишкового тракту. 2/3 усіх новоутворень тонкого кишечника є злоякісними, 1/3 – доброякісними. Проте в цілому тонкий кишечник має вкрай низьку частоту розвитку первинної карциноми, особливо враховуючи його протяжність. На рак тонкої кишки припадає близько 1% усіх пухлин шлунково-кишкового тракту. Причини цього явища недостатньо вивчені. Проте розвиток аденокарцином здебільшого тісно пов'язаний з генетичними синдромами, особливо сімейним аденоматозним поліпозом.

Лімфоми та ендокринні пухлини – більш часта патологія тонкої кишки й здебільшого асоційовані з такими захворюваннями, як целіакія, синдром множинної ендокринної неоплазії, синдром Реклінгхаузена.

Тонкий кишечник є основним місцем для метастатичних пухлин шлунково-кишкового тракту. Злоякісні пухлини здебільшого локалізуються в дванадцятипалій та дистальній частині клубової кишки та вкрай рідко зустрічаються в порожній кишці. Доброякісні неоплазії за частотою виникнення рівномірно розподілені по всьому тонкому кишечнику.

Частота пухлин у різних відділах тонкої кишки:

1. Дванадцятипала кишка – 21%.
2. Порожня кишка – 30%.
3. Клубова кишка – 49%.

Співвідношення різних типів злоякісних пухлин:

1. Аденокарцинома – 40%.
2. Саркома – 15%.
3. Карциноід – 30%.
4. Лімфоми – 15%.

Клінічна картина пухлин залежить від їх походження, локалізації, величини, кількості. У багатьох хворих пухлини тонкого кишечника тривалий час нічим себе не проявляють та виявляються випадково за оперативних втручань, особливо це стосується субсерозно розміщених пухлин. Пухлини, що ростуть у просвіт кишечника викликають різноманітні розлади моторики та прохідності. При пухлинах порожньої кишки біль локалізується параумбікально або зліва від пупка, при пухлинах клубової кишки – у правій здухвинній ділянці. Поряд з тим можна виділити певну специфіку за різних морфологічних форм неоплазій тонкої кишки: так, при гемангіомах можуть спостерігатися випорожнення у вигляді мелени, ліпоми тонкої кишки, схильних до розвитку інвагінації.

Первинні злоякісні новоутворення тонкого кишечника мезенхімального походження вкрай рідко зустрічаються. Рання клінічна симптоматика таких злоякісних новоутворень неспецифічна. Середній вік хворих зі злоякісними пухлинами тонкого кишечника становить 57 років. Існує певне переважання частоти виникнення пухлин тонкої кишки в осіб чоловічої статі та в представників негроїдної раси. Здебільшого невеликі новоутворення тонкого кишечника до оперативного втручання виявляються, за даними літератури, в 27-72% випадків.

Саркоми – група пухлин тонкого кишечника, що мають мезенхімальне походження та віднесені до групи стромальних

пухлин шлунково-кишкового тракту (GIST). Термін уперше ввели М.Т. Mazur та Н.В. Clark 1983 року.

Як основна причина розвитку сарком розглядається генетична мутація c-kit, локалізована на 14 та 22 хромосомах. Диференційовану ліпосаркому вперше описав Evans 1979 року. Макроскопічно в тонкому кишечнику пухлина має вигляд поліпа. Ліпосаркоми розподіляються на високодиференційовані, міксоїдні, круглоклітинні, плеоморфні та недиференційовані. Гістологічно диференційована ліпосаркома характеризується наявністю ділянок високодиференційованої ліпосаркоми та ділянками неліпогенної саркоми з різними переходами між двома компонентами.

Прогноз сарком тонкого кишечника значною мірою залежить від мітотичної активності, розміру, глибини інвазії, наявності або відсутності метастазів. Хоча, за даними J. Patel, високодиференційовані ліпосаркоми мають вкрай низький метастатичний потенціал – 15-20%. З прогнозованих ускладнень переважають місцеві рецидиви захворювання. Згідно з відомостями бази даних SEER 5-річне виживання при локалізованих саркомах становить 45%. Варто відмітити, що шлунково-кишковий тракт не є типовим місцем локалізації первинних ліпосарком, хоча випадки виникнення останніх описані в шлунку, тонкому та товстому кишечнику. Ліпосаркоми здебільшого є типовими пухлинами заочеревинного простору. Метод радикальної хірургічної резекції – основний у лікуванні цього виду неоплазій. У випадках неоперабельних GIST (у тому числі ліпосарком) та при дисемінації процесу доведена роль іматинібу. Інструментальна діагностика патології тонкої кишки вкрай складна, на сучасному етапі базується на використанні відеокапсульної ендоскопії, двохбалонної інтестиноскопії, рентгенконтрастних методів верифікації.

Клінічний випадок

Хвора С. 63 р., госпіталізована в хірургічне відділення № 1 КУ ЦМЛ № 1 м. Житомира зі скаргами на нудоту, біль переймоподібного характеру в верхніх відділах живота, більше в лівому підреб'ї, блювання, схуднення. З анамнезу захворювання – вишівказані скарги турбують протягом останніх шести місяців, з епізодами незначного регресу симптоматики та загострення. В анамнезі – лапароскопічна холецистектомія в 2010 році.

Протягом останніх шести місяців двічі перебувала на стаціонарному лікуванні з діагнозом: хронічний панкреатит, середнього ступеня тяжкості, з помірно вираженою зовнішньо-секреторною недостатністю.

Об'єктивно: загальний стан хворої середньої тяжкості, хвора в свідомості, підвищеного харчування (ожиріння II ст.), доступна вербальному контакту. Шкіра та видимі слизові оболонки звичайного кольору, язик сухий, не обкладений. Температура тіла 37,0°C. Тони серця – ритмічні, пульс на променевих артеріях – 98 уд/хв, задовільних властивостей. АТ – 140/90 мм рт. ст. У легенях – везикулярне дихання. Частота дихальних рухів – 18/хв. Периферичні лімфовузли не пальпуються.

При огляді – живіт симетричний, дещо здутий, бере участь в акті дихання, пальпаторно виражено болючий у лівому підреб'ї, перистальтика вислуховується, гази відходять, печінка біля краю реберної дуги, край щільний, чутий, печінкова тупість збережена. Шуми над черевним відділом аорти не вислуховуються. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. При ректальному огляді органічної патології не виявлено, на рукавичці залишки оформленого коричневого калу. В ділянці епімезогастрію по середній лінії живота наявні два посттракарні епітелізовані рубці, без ознак гризових випинань.

Лабораторні показники на момент госпіталізації. Загальний аналіз крові: Нb – 140 г/л, еритроцити – $4,4 \times 10^{12}$ /л, КР – 0,9, лейкоцити – $6,8 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 6 мм/год, еозинофілі – 2%, паличкоядерні – 5%, сегментоядерні – 75%, лімфоцити – 16%, моноцити – 2%, гематокрит – 0,36. Глюкоза крові – 5,0 ммоль/л.

Загальний аналіз сечі: колір – солом'яно-жовта, реакція – кисла, питома вага – 1021 г/л, лейкоцити – 4-5 у п. з., еритроцити – 1-2 у п. з., білок – 0,023 г/л, діастаза – 16 ОД.

Час згортання крові – 5', протромбіновий індекс – 90%.

У день госпіталізації виконана ЕФГДС: рефлюкс-гастропатія;

УЗД ОЧП: дифузні зміни паренхіми печінки, хронічний панкреатит, вільної рідини в черевній порожнині не виявлено.

У зв'язку з гострою потребою диференційної діагностики та вироблення подальшої лікувальної тактики виконана комп'ютерна томографія з внутрішньовенним контрастуванням (рис. 1).

Заключення: КТ-ознаки об'ємного процесу в лівому верхньому квадранті живота, характерного для тонко-тонкокишкової інвагінації.

Хвора після короткострокової передопераційної підготовки в невідкладному порядку взята в операційну.

Після обробки операційного поля виконана середньо-серединна лапаротомія. В черевній порожнині злуковий процес



В.П. Перепелиця



В.С. Хоменко

у ділянці троакарих доступів. Проведений адгезіолізис великого сальника від передньої черевної стінки. При ревізії органів черевної порожнини на відстані 50 см від зв'язки Трейца виявлено наявний тонко-тонкокишковий інвагінат (рис. 2).

Проведена дезінвагінація, порожня кишка макроскопічно без порушення життєздатності та трофіки. По протибрижовому краю порожньої кишки пальпаторно визначається рухомий пухлиноподібний утвір м'якоеластичної консистенції. При подальшій ревізії – структурної патології з боку порожнистих та паренхіматозних органів черевної порожнини не виявлено. З відступом 15 см в проксимальному та дистальному напрямках від проекції пухлини, виконана резекція сегмента тонкої кишки з клиновидною резекцією брижі. Лімфатичні вузли не візуалізуються. Сформовано тонко-тонкокишковий анастомоз кінцев в кінцев (рис. 3). Черевна порожнина санована розчинами антисептиків, малий таз дренувано поліхлорвініловим дренажем. Контроль гемостазу. Лапаротомна рана пошарово ушита. Асептична пов'язка.

Післяопераційний діагноз: новоутворення порожньої кишки, тонко-тонкокишкова інвагінація, часткова кишкова непрохідність.

У післяопераційному періоді призначена антибактеріальна, антисекреторна, антикоагулянтна терапія.

ПГД № 1066-72 (рис. 4, 5): підслизова високодиференційована ліпосаркома тонкої кишки з виразкуванням.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень, дренаж з черевної порожнини вилучено на 3-тню добу, шви знято на 7-му добу, виписана зі стаціонару на 8-му добу.

Висновки

1. Пухлини тонкого кишечника мезенхімального походження – вкрай рідка патологія.
2. Частка сарком становить 15% від загального числа злоякісних неоплазій тонкого кишечника.
3. Діагностика останніх на доклінічному етапі – вкрай важке завдання, базується на використанні відеокапсульної ендоскопії та двохбалонної інтестиноскопії.
4. У більшості випадків неоплазії тонкого кишечника діагностуються у випадках клінічної маніфестації.
5. Метастатичний потенціал ліпосарком – низький, хірургічна корекція є пріоритетною у веденні таких пацієнтів.



Рис. 1. КТ органів черевної порожнини у фронтальній проекції (колом вказаний інвагінат)



Рис. 2. Інтраопераційний вигляд тонко-тонкокишкової інвагінації



Рис. 3. Тонко-тонкокишковий анастомоз «кінцев в кінцев»

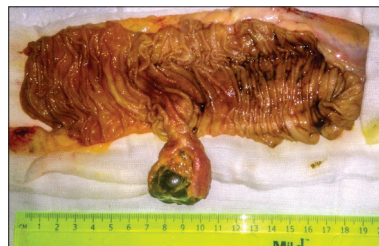


Рис. 4. Макропрепарат: сегмент порожньої кишки довжиною 20 см з поліпоподібним пухлинним утвором 4х3х2,5 см по протибрижовому краю на широкій ніжці (довжиною 1,5 см та діаметром 1,2 см) з ознаками виразкування на верхівці

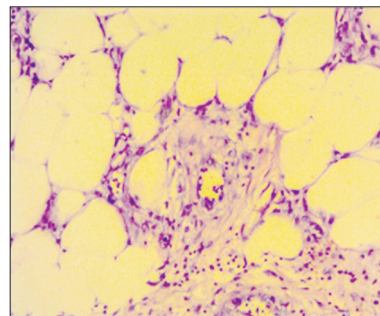


Рис. 5. Гістологічний мікропрепарат: підслизова високодиференційована ліпосаркома тонкої кишки