

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

КГМА кафедра факультетской хирургии

Доброкачественные неэпителиальные опухоли тонкой кишки являются редкой патологией. Они составляют 0,3-1% всех новообразований желудочно-кишечного тракта. Наиболее часто встречаются лейомиомы - 45,5%, невриномы - 16,6% и липомы - 9%. Опухоли могут локализоваться во всех отделах тонкой кишки, но чаще в тощей кишке - 58%, затем двенадцатиперстной - 23% и подвздошной - 19% [3,4].

Основным клиническим проявлением доброкачественных неэпителиальных опухолей тонкой кишки является кишечное кровотечение. По данным литературы, оно наблюдается у 21-28% больных этой патологией [1, 2, 4]. Описаны случаи, когда по поводу кровотечений больных госпитализировали и оперировали несколько раз, но источник кровотечения оставался невыявленным. Дооперационная диагностика доброкачественных опухолей тонкой кишки затруднена по причине малой информативности рентгенологических (пероральная энтерография) и ультразвуковых методов обследования. Относительная недостаточность в исследовании тонкой кишки ограничивает использование эндоскопических методов. Применение компьютерной томографии, селективной ангиографии верхней брыжеечной артерии в экстренной хирургии невозможно в связи с дороговизной аппаратуры и трудоемкостью исследований. Поэтому диагностическая лапаротомия чаще всего остается основным методом обнаружения кровоточащей доброкачественной опухоли тонкой кишки.

В течение 10 лет в факультетской хирургической клинике КГМА оперативные вмешательства при кровоточащих доброкачественных неэпителиальных опухолях тонкой кишки были выполнены 5 больным в возрасте от 35 до 69 лет. Мужчин было 3, женщин - 2. У всех больных в анамнезе отмечались эпизоды желудочно-кишечных кровотечений - от одного до четырех. Источник кровотечения ни в одном случае до операции не был установлен. У 3 больных опухоль локализовалась в нижне-горизонтальной части двенадцатиперстной кишки, всем выполнена клиновидная резекция кишки с опухолью, у 2 - в тощей кишке, выполнена сегментарная резекция кишки. Послеоперационных осложнений и летальных исходов не было. При гистологическом исследовании лейомиома отмечена в 2 наблюдениях, фибролейомиома - в 1, фиброма - в 1, невринома - в 1.

Приводим одно из наиболее интересных наблюдений.

Больная С., 69 лет, поступила в клинику 10.01.92 года с диагнозом: желудочно-кишечное кровотечение неясной этиологии. При поступлении предъявляла жалобы на общую слабость, головокружение, сухость во рту, наличие черного кала. Болеет в течение двух суток. Трижды был черный дегтеобразный стул. Рвоты не было. Сознание не теряла. Из анамнеза выявлено, что дважды в мае и августе 1991 года с подобными явлениями лечилась в хирургическом стационаре. Причины кровотечения при обследовании (фиброгастродуоденоскопия, рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки) не были установлены. Проводилось консервативное лечение. Из сопутствующей патологии больная отмечала мочекаменную болезнь, хронический фибринозный цистит. При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пульс 76 в 1 минуту, артериальное давление 140/80 мм рт.ст. Язык влажный, покрыт белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, почки не пальпируются. Мочеиспускание не нарушено. При ректальном исследовании выявлен неоформленный кал черного цвета. В анализе крови: эритроциты - $3,5 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 3 г/л; лейкоциты - $8,4 \times 10^9/л$; палочкоядерные - 5, сегментоядерные - 62, лимфоциты - 28, моноциты - 5, СОЭ - 8 мм/час.

Была назначена заместительная, гемостатическая терапия. 12.01.92 года состояние больной резко ухудшилось, появилось головокружение, обильный черного цвета кал. Пульс 98 в 1 минуту, артериальное давление 100/60 мм рт. ст. В анализе крови эритроциты снизились до $2,7 \times 10^{12}/л$; Hb - 85г/ л; Ht - 25%.

Был диагностирован рецидив кровотечения. Больной предложено оперативное вмешательство. 13.01.92 года произведена операция (Н.А. Никитин). При ревизии органов брюшной полости обнаружена опухоль в области дуоденоюнального перехода размерами 5х6 см мягкая, неправильной формы, красновато-белесая, с множеством сосудов, исходящая из стенки кишки. Ниже ее на 6-7см в стенке тощей кишки образование 0,5х0,5 см размерами, по цвету и консистенции похожее на основной узел. Увеличенных лимфоузлов и отдаленных метастазов не выявлено. Произведена резекция дуоденоюнального перехода с начальным отделом тощей кишки. Сформирован поперечный передобрывочный дуоденоюнальный аястомоз "конец-в бок" по типу операции Робинсона.

Послеоперационный период протекал с явлениями обострения хронического цистита, осложнений, связанных с операцией, не отмечено. Больная выписана в удовлетворительном состоянии через 12 суток после операции.

Гистологическое заключение № 715/8: фибролейомиома тонкой кишки.

Таким образом, повторные желудочно-кишечные кровотечения с неустановленным источником являются показанием к диагностической лапаротомии с тщательной ревизией всех отделов тонкой кишки, включая забрюшинную часть двенадцатиперстной, на предмет возможного выявления доброкачественных неэпителиальных опухолей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Жерлов Г.К., Клоков С.С., Баранов А.И. Вестник хирургии, 1991, 7-8: 47-48.
2. Журавлев В.Н., Готье С.В., Фишкова З.П. Хирургия, 1996, 2: 120.
3. Петров В.П., Ерюхин И.А., Шемякин И.С. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта. М., 1987.
4. Ромашов Ф.Н., Савов А.М., Абашкин Ю.А., Тищенко В.С. Хирургия, 1996, 2: 58-60.

HEMORRHAGIC BENIGN NONAEPITELIAL TUMORS OF THE SMALL INTESTINE N. A. Nikitin, T. P. Korshunova Kirov State Medical Academy

Experiences of surgical treatment for bleedings of benign nonaepitelial tumors of the small intestine were analyzed. This pathology has been studied in 5 patients for the past ten years. The cause and source of bleedings were not detected before surgery was performed. The authors recommend that diagnostic laparotomy with examination of all parts of the small intestine should be performed. This examination should also include the posterior part of the duodenum. The above mentioned procedures should be done in recurrent bleedings of the gastrointestinal tract if causes and sources of bleedings are not detected.