

© Коллектив авторов, 2011  
УДК 616.342-006.6-06:616.155.194-07-089

В.Л. Коваленко, В.П. Леонов, А.П. Свистун, А.В. Еременко

## НАБЛЮДЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО РАКА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЁННОГО АНЕМИЕЙ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии» (и.о. главврача — д-р. мед. наук В.Л. Коваленко), г. Хабаровск

**Ключевые слова:** рак двенадцатиперстной кишки, хирургическое лечение.

Первичный рак двенадцатиперстной кишки (ДПК) — редкое заболевание, которое составляет 0,5% среди всех опухолей кишечника [6]. По данным ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, в структуре рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны на рак ДПК приходится менее 3,5% наблюдений, что в 6,9 раза меньше, чем на рак внепеченочных желчных путей большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) (24%) и в 18,7 раза меньше, чем на рак поджелудочной железы (65,2%). Точная статистика рака ДПК отсутствует, тем не менее, до 1996 г. было опубликовано около тысячи наблюдений рака этой локализации. По данным отечественных авторов, частота заболевания среди мужчин и женщин одинакова. Наиболее часто опухоль диагностируется у больных в возрасте 40–60 лет [4].

Первичный рак ДПК весьма редко встречается в области верхней части горизонтальной ветви. Значительно чаще опухоль располагается в нижней части горизонтальной ветви и еще более часто — в нисходящей части кишки [1].

По клиническим проявлениям различают стенозирующую, инфильтративно-язвенную и полипозную форму рака ДПК. Гистологически у 80% больных диагностируют аденокарциному разной степени дифференцировки [5].

Карциномы ДПК относятся к особенно злокачественным опухолям, поскольку к моменту их обнаружения у 50–60% больных опухоль прорастает окружающие органы и ткани и(или) имеются метастазы в регионарные лимфатические узлы и печень. Выявление начальных стадий рака ДПК затруднено из-за отсутствия ранних симптомов и характерных жалоб. По этой причине от первых признаков заболевания до хирургического вмешательства проходит от 6 до 12 мес.

Наиболее частым симптомом рака ДПК является тупая боль в эпигастральной области. Поздние

симптомы — желтуха, тошнота и рвота — связаны с нарастанием непроходимости желчных путей и обтурацией просвета кишки растущей опухолью. Опухоли ДПК редко сопровождаются желудочно-кишечными кровотечениями. В дифференциальной диагностике рака ДПК и БСДК необходимо учитывать, что для рака сосочка характерна ремиттирующая механическая желтуха, а для рака ДПК — клиническая картина дуоденального стеноза. При раке головки поджелудочной железы, наряду с нарастающей механической желтухой, наблюдается стойкий болевой синдром в эпигастральной области. При раке ДПК нередко наблюдается полинеоплазия, при этом вторая опухоль локализуется преимущественно в толстой кишке [7].

Типичное рентгенологическое исследование позволяет выявить опухоль у 50% больных, при этом обычно выявляется сужение ДПК или дефект наполнения, обусловленный опухолью. Положительным рентгенологическим симптомом рака ДПК считается ригидность стенки кишки. Оптимальным методом диагностики карцином ДПК является фиброгастродуоденоскопия с биопсией и гистологическим исследованием, позволяющая установить истинную природу заболевания в большинстве наблюдений [2, 3].

Лечение первичных опухолей ДПК может быть радикальным или паллиативным, что находится в прямой зависимости от степени распространенности опухоли. Из паллиативных хирургических вмешательств чаще всего производятся дуоденоюностомия или гастроэнтеростомия. Оптимальным хирургическим вмешательством при ранних формах рака верхней или нижней горизонтальной ветви ДПК является сегментарная резекция с наложением дуоденодуодено- или дуоденоюноанастомоза. Преимуществом сегментарных резекций ДПК по сравнению с панкреатодуоденальной резекцией являются достаточный радикализм и низкая послеоперационная летальность.



Рис. 1. Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости больной М., 60 лет.

а — до операции (в просвете нисходящего отрезка двенадцатиперстной кишки образование размером 46,5×61,8 мм); б — после операции через 13 мес.

Ввиду редкости рака ДПК в клинической практике, приводим собственное наблюдение радикального лечения больной с этой опухолью.

Больная М., 60 лет, житель г. Южно-Сахалинска, 17.04.2009 г. поступила в ГУЗ «Краевой клинический центр онкологии» г. Хабаровска с жалобами на потерю в массе тела, кожный зуд и общую слабость.

Анамнез заболевания с декабря 2008 г. При обследовании по месту жительства на фоне анемии тяжелой степени (Hb 54 г/л) диагностирована опухоль забрюшинного пространства. Пациентка для дообследования и лечения направлена в г. Хабаровск. Из анамнеза жизни установлено, что в 1974 г. в Сахалинском онкологическом диспансере ей проведено комбинированное лечение меланомы кожи грудной стенки с метастазами в регионарные лимфатические узлы.

При поступлении состояние больной относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные. На коже грудной стенки в под- и надключичной области справа окрепшие послеоперационные рубцы. Питания удовлетворительного. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, несколько болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме. В общем анализе крови от 20.04.2009 г. анемия (Hb 69 г/л, эр.  $2,7 \times 10^{12}/л$ ). Биохимические анализы крови не изменены. УЗИ — патологии органов брюшной полости не найдено.

При спиральной компьютерной томографии органов брюшной полости (31.03.2009 г.) установлено, что просвет дистальной части нисходящего отрезка ДПК сужен патологическим образованием смешанной формы роста. Заключение — рак нисходящего отдела ДПК (рис. 1).

Рентгеноскопия желудка от 01.04.2009 г. — пищевод, желудок и начальный отдел ДПК не изменены. В дистальном отрезке нисходящего отдела ДПК по её внутреннему контуру обнаружен краевой дефект заполнения с неровными контурами размером 30×15 мм. Заключение — опухолевое сдавление ДПК извне (рис. 1, а).

Фиброгастродуоденоскопия от 03.04.2009 г. — пищевод и желудок без патологии. Дистальный отдел ДПК сужен

ригидным крупнобугристым образованием. Биопсия. Заключение — рак поджелудочной железы с прорастанием в ДПК.

Патогистологическое исследование дуоденобиоптата — картина резко выраженного дуоденита с изъязвлением, подозрительная на рак.

После обследования больной установлен клинический диагноз опухоли верхнего этажа брюшной полости неясного генеза. После гемотрансфузий и купирования анемии [перелито 1450 мл эритроцитной массы В (III) группы] больной произведена операция (23.04.2009 г., хирург — В.Л.Коваленко) — верхняя срединная лапаротомия. При ревизии в области ворот правой почки обнаружена тугоэластической консистенции опухоль размером 55×30×20 мм. Опухоль удалена с экспресс-гистологическим исследованием. Диагностирован доброкачественный вариант мезенхиомы. При дальнейшей ревизии в дистальной части нисходящего отдела ДПК найдена опухоль размером 50×40 мм без выхода на серозную оболочку кишки и прорастания её в поджелудочную железу. Парапанкреатические лимфатические узлы без особенностей. Выполнена мобилизация нисходящей части ДПК с её резекцией и наложением дуоденоанастомоза «конец в конец».

Патогистологическое исследование: макропрепарат — отрезок кишки длиной 10 см. В стенке кишки солидное опухолевое образование диаметром до 5 см с изъязвленной поверхностью. Микроскопически опухоль имеет строение умеренно дифференцированной аденокарциномы с ослизнением и очагами некроза. Инвазия опухоли на  $\frac{1}{2}$  мышечной оболочки кишки. Края резекции без опухолевого роста.

Окончательный диагноз — рак ДПК I стадии (pT2N0M0), осложнённый анемией тяжелой степени. Доброкачественная мезенхиома забрюшинного пространства.

В раннем послеоперационном периоде у больной развилась постгемотрансфузионная гипербилирубинемия (общий билирубин от 30.04.2009 г. — 94,2 ммоль/л), которая была купирована гепатопротекторами и инфузионной терапией. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 14-е сутки после операции.

При осмотре через 13 мес жалоб не предъявляет, прибавила в массе тела, в анализе крови Hb 139 г/л. Контрольное обследование, включая лабораторные исследования, фиброгастродуоденоскопию и спиральную компьютерную

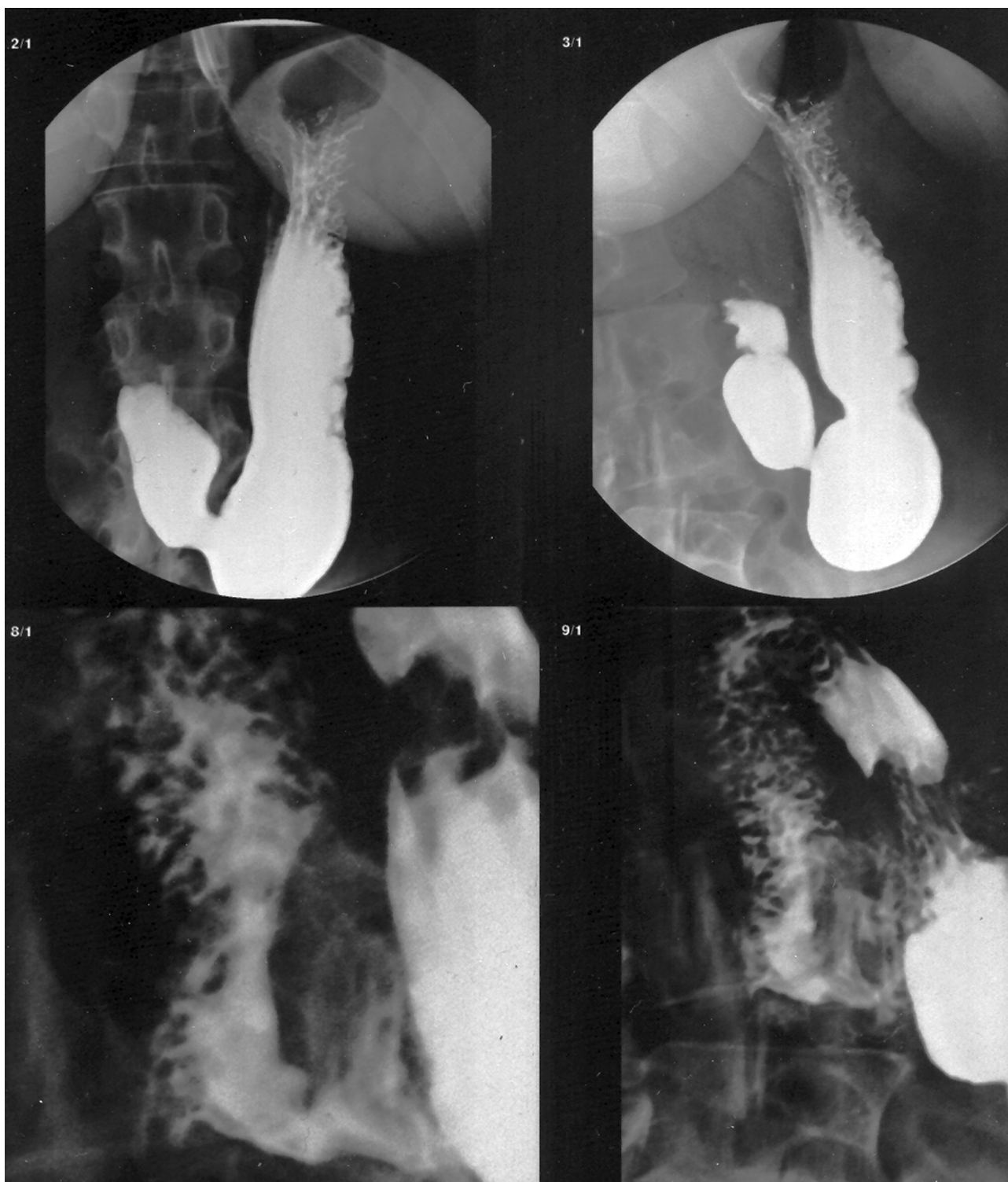


Рис. 2. Рентгеноскопия желудка той же больной. В дистальном отрезке нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки по её внутреннему контуру — краевой дефект наполнения с неровными контурами размером 30×15 мм.

томографию (см. рис. 1, б), — данных за рецидив заболевания не найдено.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Дробни Ш. Хирургия кишечника. — М.: Медицина, 1983. — 592 с.
2. Кармазановский Г.Г. Компьютерная томография печени и желчных путей. — М.: Медицина, 1997. — 358 с.
3. Пономарев А.А. Редкие опухоли желудка и двенадцатиперстной кишки. — М., 1996. — 327 с.

4. Энциклопедия клинической онкологии: Руководство для практикующих врачей / Под ред. М.И.Давыдова, Г.Л.Вышковского. — М.: РЛС, 2005. — 1536 с.
5. Barnhill M., Hess E., Guccion J.G. et al. Tripartite differentiation in a carcinoma of the duodenum // Cancer. — 1994. — Vol. 73. — P. 266–272.
6. Cheung O., Kandil H., Moser A.J. et al. Primary duodenal carcinoma showing divergent growth patterns as determined by microdissection-based mutational genotyping // Arch. Pathol. Laboratory Medicine. — 2003. — Vol. 127, № 7. — P. 861–864.
7. Nielsen M., Poley J.W., Verhoef S. et al. Duodenal carcinoma in MUTYH-associated polyposis // J. Clin. Pathol. — 2006. — Vol. 11, № 59. — P. 1212–1215.

Поступила в редакцию 14.07.2010 г.



# УНИФЛЕКС

Дифференцированный подход к выбору  
сетчатого эндопротеза обеспечит наилучший  
клинический результат ненатяжной герниопластики

**УНИФЛЕКС — эндопротез нового поколения  
из монофиламентного поливинлиденфторида (ПВДФ)**

**Доказанные преимущества перед «золотым» стандартом  
(сеткой из монофиламентного полипропилена):**

- уникальная биосовместимость
- превосходная гибкость
- быстрая интеграция в ткани
- минимальное сморщивание
- формирование эластичного и прочного рубца

190068 Санкт-Петербург, ул. Садовая, 54, лит. Б, подъезд № 1  
тел. +7 812 310 6671, 312 3919, факс +7 812 310 4113  
e-mail: info@lintex.ru  
www.lintex.ru