

Саркома брыжейки тонкой кишки

Радкевич Даниил Сергеевич, Пономарева Ксения Андреевна

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Научный(-е) руководитель(-и) – кандидат медицинских наук, доцент Тур Геннадий Евгеньевич, Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Введение

Саркомы брыжейки тонкой кишки встречаются редко, 0.05–0.5% на 100 000 населения. Отсутствие специфических клинических признаков приводит к выявлению данных опухолей в достаточно распространенных стадиях.

Цель исследования

изучить клинико-морфологические особенности опухолей брыжейки тонкой кишки.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 10 пациентов с диагнозом саркома брыжейки тонкой кишки.

Результаты

Основные жалобы: боли в брюшной полости – у 9 пациентов (90%), симптомы кишечной непроходимости – 60%, увеличение объема живота – 30%, пальпаторно определяемая самим пациентом опухоль – 30%. Диагностический поиск основывался на УЗИ органов брюшной полости, и компьютерной или магнитно-резонансной томографии. Объем хирургического лечения: удаление опухоли у 2 человек, удаление опухоли с резекцией тонкой кишки – у 6, удаление опухоли с резекцией тонкой кишки и гемиколэктомией справа – у 2. На момент лечения у 2 пациентов с рецидивной опухолью был выявлен саркоматоз брюшной полости, что потребовало циторедуктивного удаления макроскопически определяемых опухолевых очагов; у одного из них была произведена обширная резекция тонкой кишки, и формирование трех тонкокишечных анастомозов для сохранения 1.5 м тонкой кишки. При гистологическом исследовании верифицировано: 4 фибросаркомы, 3 липосаркомы, 2 ангиосаркомы, 1 злокачественная шваннома. Средний максимальный размер опухоли составил 25.4 ± 14.5 см. Послеоперационной летальности не было. Послеоперационные осложнения были выявлены у 3 пациентов: наружный толстокишечный свищ – 1; пневмония – 1; спаечная кишечная непроходимость – 1. Прогрессирование опухолевого процесса в период наблюдения было представлено местным нерезектабельным рецидивом у 6 пациентов, метастазами: в печень у одного из двух пациентов с ангиосаркомой, в легкое – у другого, также в печень у 1 человека со злокачественной шванномой, и рецидивным саркоматозом брюшной полости у 1 пациента. Продолжительность жизни пациентов варьировала от 9 до 64 месяцев. Продолжительность жизни после удаления рецидивных опухолей с хирургической циторедукцией составила 26 и 12 месяцев, безрецидивный период составил 18 и 12 месяцев, соответственно.

Выводы

В исследовании средний возраст пациентов составил 56.1 ± 4.2 лет. Ведущие симптомы сарком брыжейки тонкой кишки: боли в брюшной полости, симптомы кишечной непроходимости, пальпируемая опухоль в брюшной полости. Наиболее часто при гистологическом исследовании были верифицированы фибросаркома и липосаркома – у 70% пациентов. Применение хирургической циторедукции при саркоматозе брюшной полости продлевало жизнь пациентов. Трехлетняя выживаемость после хирургического лечения составила 40%, пятилетняя – 20%.