

И.А. Соловьев, М.В. Васильченко, С.В. Волошин,
А.В. Кудрявцева, А.В. Колунов,
Т.Е. Кошелев, Н.А. Сизоненко

Хирургическое лечение гемангиомы тонкой кишки, осложненной рецидивирующими кровотечениями и кровопотерями тяжелой степени

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Частота желудочно-кишечных кровотечений в современной структуре неотложной хирургической патологии по-прежнему занимает ведущие позиции. При этом преимущественная локализация источников – желудок и двенадцатиперстная кишка, а также толстая и прямая кишка. В литературе описаны немногочисленные наблюдения о тяжелых жизнеугрожающих кровотечениях из новообразований тонкой кишки. Гемангиома тонкой кишки в структуре новообразований желудочно-кишечного тракта встречается лишь до 0,3% случаев, что, вероятно, связано с редкими ее осложнениями, в частности, – кровотечением. Представлен случай редко встречаемого рецидивирующего кровотечения из гемангиомы тонкой кишки в просвет желудочно-кишечного тракта с развитием тяжелой постгеморрагической анемии. Обсуждены особенности диагностики и хирургической тактики в этих случаях. Установлено, что классические стандарты обследования больного с признаками желудочно-кишечного кровотечения не позволяют установить источник кровотечения из гемангиомы тонкой кишки. В данном наблюдении с помощью многофазной компьютерной томографии в режиме двуэнергетического сканирования с последующим построением йодных карт удалось диагностировать источник кровотечения, установить его локализацию и выполнить резекцию пораженного участка тонкой кишки.

Ключевые слова: опухоли тонкой кишки, кровотечение, гемангиома, тонкая кишка, ангиография, диагностика, хирургическая тактика.

Введение. Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) в настоящее время остается актуальной клинической проблемой. Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта составляют 50%, из нижних – 40%. В отдельную группу выделяют скрытые ЖКК, которые составляют 10%, из них 50% составляют кровотечения из источников, расположенных в тонкой кишке [1, 3, 7].

В структуре онкологической заболеваемости новообразования желудочно-кишечного тракта в 5% случаев локализуются в тонкой кишке, из них 39,6% – доброкачественные, 60,4% – злокачественные. Наиболее часто злокачественными типами опухолей тонкой кишки являются аденокарцинома и саркома, составляющие 46,2 и 42% в структуре всех опухолей тонкой кишки соответственно [2, 4–6]. В их симптоматике преобладают клинические проявления тонкокишечной непроходимости, тогда как для доброкачественных новообразований тощей и подвздошной кишки наиболее патогномичным симптомом являются рецидивирующие кишечные кровотечения, как правило, интенсивные и хронические, приводящие к анемии со всей свойственной ей клинической картиной [2, 8]. Гемангиома тонкой кишки является редким заболеванием и

встречается от 0,05 до 0,3% от всех опухолей желудочно-кишечного тракта. Наиболее часто опухоль обнаруживается в средней части тощей кишки, что значительно затрудняет диагностику. По гистологическому строению гемангиомы тонкой кишки делятся на три категории: кавернозные, капиллярные и смешанные. Наиболее часто в клинической практике встречаются кавернозные гемангиомы. Как правило, неосложненное течение опухоли клинически не проявляется. В случаях осложненного течения у 80% больных проявляется кровотечением или обструкцией тонкой кишки [1, 3, 4, 9].

Несмотря на достигнутые за последние десятилетия успехи в лечении новообразований тонкой кишки, до настоящего времени их диагностика трудна, поскольку симптомы тонкокишечных опухолей неопределенны и неспецифичны. Осложнение опухоли кровотечением является причиной экстренного поступления больных в хирургический стационар в 50% случаев и у большинства пациентов требует выполнения экстренных и срочных оперативных вмешательств [2, 5, 9].

С внедрением капсульной видеоэндоскопии и двухбаллонной энтероскопии ситуация существенно изменилась. Благодаря этим методам исследования стала возможной диагностика даже

сосудистых мальформаций, а двухбаллонная энтероскопия позволила осуществлять лечебные вмешательства, не прибегая к операции [1, 2, 8]. В настоящее время доказано, что магнитно-резонансная томография (МРТ) и компьютерная томография (КТ) с энтерографией повышают диагностические возможности в выявлении патологических процессов в тонкой кишке [3, 6]. Роль сцинтиграфии, особенно с эритроцитами, мечеными технецием, оценивается неудовлетворительно [4]. В сомнительных случаях определения наличия опухоли тонкой кишки диагностическая лапароскопия позволяет точно поставить диагноз всем больным. Несмотря на многообразие существующих в настоящее время методик диагностики, в подавляющем большинстве наблюдений опухоли тонкой кишки являются операционной находкой при эксплоративной лапаротомии. Методом выбора в их лечении является резекция пораженного участка кишки с опухолью [2, 4, 7, 9].

Таким образом, точное определение локализации опухолей тонкой кишки при клинической манифестацией кровотечений до момента развития угрожающих жизни больного рецидивов, изучение структуры поражений тощей и подвздошной кишок и последующих возможностей малоинвазивного лечения являются актуальными вопросами современной гастроэнтерологии и хирургии. В сложной проблеме хирургического лечения таких пациентов есть ряд весьма трудных для решения вопросов, имеющих важное практическое значение. В первую очередь это связано с тем, что большинство операций у таких пациентов выполняются по жизненным показаниям, например при кровотечениях.

Цель исследования. Обосновать необходимость хирургического лечения при выявлении новообразований тонкой кишки, в том числе доброкачественных.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужил случай хирургического лечения гемангиомы тонкой кишки, осложненной рецидивирующими кровотечениями и кровопотерями тяжелой степени.

Результаты и их обсуждение. Больная П., 45 лет, госпитализирована в клинику военно-морской хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова 19.12.2017 г. с жалобами на периодический стул «вишневого цвета», сопровождающийся слабостью и снижением гемоглобина до 66–84 г/л.

Из анамнеза известно, что с июня 2017 г. у пациентки периодически отмечалось снижение уровня гемоглобина (максимально до 66 г/л). Проходила лечение в различных стационарах города, где при обследовании источник кровотечения не был установлен. Получала гемостатическую и симптоматическую терапию, гемотрансфузии не проводились.

Выписывалась с содержанием гемоглобина 119 г/л. В сентябре 2017 г. отмечалось снижение уровня гемоглобина до 90 г/л, обследовалась у гастроэнтеролога поликлиники по месту жительства, выполнялись фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), фиброколоноскопия (ФКС) – источник кровотечения не выявлен, при исследовании кала на скрытую кровь – результат был положительный. Однако дальнейшее исследование не проводилось, были назначены препараты железа. Контрольный уровень гемоглобина составил 124 г/л. В ноябре выявлено очередное снижение уровня гемоглобина до 74 г/л. Так же выполнялись ФГДС, ФКС – источник кровотечения не выявлен. Больная консультирована гематологом, назначены препараты железа. Контрольный уровень гемоглобина составил 118 г/л.

11 декабря 2017 г. выполнена капсульная эндоскопия, выявлено образование дистального отдела тощей кишки размерами 2,0×1,5 см, в центре – язвенный дефект размерами 2×4 мм в дне которого визуализирован сосуд. Образование деформирует тонкую кишку и суживает её просвет до ½. 19 декабря 2017 г. пациентка с диагнозом новообразование тонкой кишки госпитализирована в клинику в плановом порядке для выполнения хирургического вмешательства.

Во время поступления состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожный покров и видимые слизистые слегка бледные, обычной влажности. Нормотермия. Пульс 86 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 130/85 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Шума плеска нет. Перистальтика выслушивается, активная. Стул ежедневный, оформленный. Диурез не нарушен. Ректально: на высоте пальца патологических образований не выявлено, на перчатке кал темно-коричневого цвета.

В лабораторных исследованиях показатели в пределах нормы. При проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости патологии не выявлено. При выполнении ФГДС выявлена недостаточность кардии, скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, эндоскопические признаки хронического гастрита и дуоденогастрального рефлюкса желчи. Пациентке выполнена многофазная КТ в режиме двуэнергетического сканирования с последующим построением йодных карт. Диагностировано гиперваскулярное образование тощей кишки, просвет которой на этом уровне сужен, окружающая клетчатка несколько уплотнена с наличием мелких лимфатических узлов, проксимальнее патологически измененного участка стенка кишки утолщена и отечная, к образованию подходит достаточно крупный сосуд от верхней брыжеечной артерии (рис. 1).

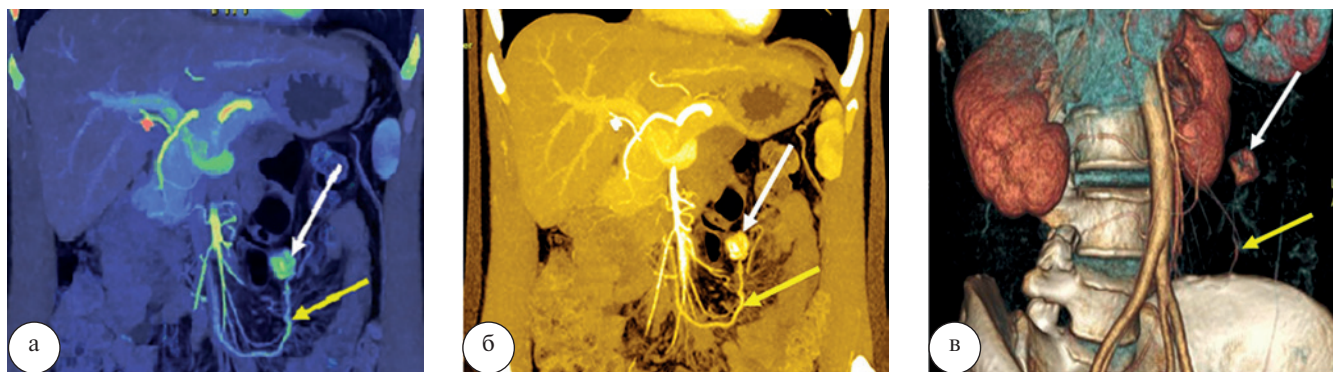


Рис. 1. Компьютерная томограмма брюшной полости: а, б – аксиальные срезы, йодные карты в разных шкалах; в – VRT-реконструкция. В тощей кишке визуализируется гипervasкулярное полуциркулярное образование (белая стрелка) размерами 2×1,8 см, к которому снизу подходит довольно крупный сосуд (желтая стрелка) диаметром 0,2 см от верхней брыжеечной артерии



Рис. 2. Опухоль тощей кишки размерами 2,5×1,5 см (стрелка)

20 декабря 2017 г. выполнена лапаротомия. При ревизии установлено, что в 1,3 метра от связки Трейтца в тощей кишке определяется мягкоэластичная опухоль размерами 2,5×1,5 см (рис. 2).

Выполнена резекция 20 см тощей кишки вместе с опухолью. На разрезе: экзофитная опухоль размерами 2,5×1,5 см, занимающая полуокружность тощей кишки, в центре – язвенный дефект 0,3×0,6 см (рис. 3). При гистологическом исследовании: кавернозная гемангиома с локализацией в мышечной оболочке тонкой кишки.

Послеоперационный период протекал гладко, на 9-е сутки после операции пациентка выписана из стационара. В настоящее время ведет активный образ жизни, наблюдается у гастроэнтеролога.

Заключение. В настоящее время отсутствует алгоритм обследования больных с «хроническими» рецидивирующими желудочно-кишечными кровотечениями, когда источник не определен. Применение современных высокотехнологических методик исследования позволило точно диагностировать опухоль тощей кишки и провести предоперационную подготовку с последующим выполнением операции в плановом порядке до развития угрожающего жизни больной рецидива кровотечения.

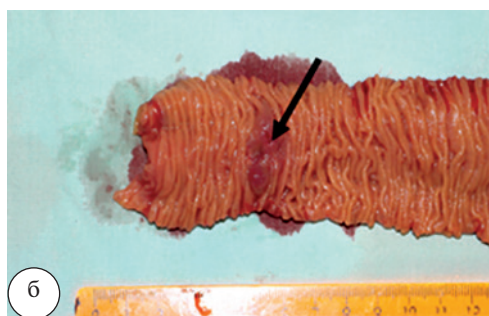
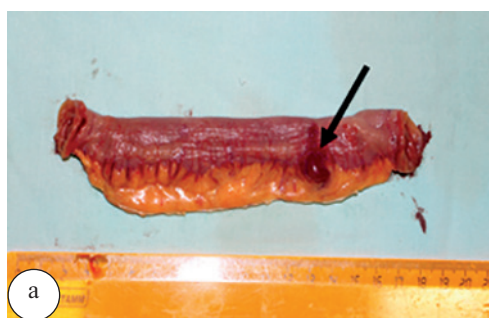


Рис. 3. Кавернозная гемангиома тощей кишки (стрелка). Макропрепарат

Литература

1. Акимов, В.П. Видеокапсульная эндоскопия в диагностике заболеваний тонкой кишки / В.П. Акимов [и др.] // Кубанский науч. мед. вест. – 2013. – № 7. – С. 138–132.
2. Иванов, Е.В. Возможности эндоскопической диагностики и лечения новообразований тонкой кишки, осложненных кровотечением / Е.В. Иванов [и др.] // Мед. совет. – 2015. – № 3. – С. 124–129.
3. Кащенко, В.А. Особенности диагностики и лечения гастроинтестинальных стромальных опухолей / В.А. Кащенко, Р.В. Орлова, М.И. Гузман // Вест. Спб. университета. Медицина. – 2017. – Т. 12, № 5. – С. 145–153.
4. Куликов, В.В. Опухоли тонкой кишки / В.В. Куликов, А.В. Гржи-молковский // Хирургия. – 2008. – № 5. – С. 65–69.
5. Петрук, М.Н. Редкие случаи кровотечения из тонкой кишки / М.Н. Петрук, С.П. Нешитов // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2011. – № 4. – С. 110–111.

6. Zhang, L. Diagnostic value of OMOM capsule endoscopy for small bowel diseases in adults / L. Zhang [et al.] // Exp. Ther. Med. – 2018. – Vol. 15, № 4. – P. 3467–3470.
7. Sarosiek, T. Small intestine neoplasms / T. Sarosiek, M. Stelmaszuk // Pol. Merkur. Lekarski. – 2018. – Vol. 23, № 44. – P. 45–48.
8. Zhang, G.Y. Single cavernous hemangioma of the small bowel diagnosed by using capsule endoscopy in a child with chronic iron-deficiency anemia / G.Y. Zhang [et al.] // Clin Endosc. – 2015. – Vol. 48, № 4. – P. 340–344.
9. Bae, S.J. Small bowel cavernous hemangioma complicated with intussusception: report of an extremely rare case and review of literature / S.J. Bae [et al.] // Indian J Surg. – 2015. – Vol. 77. – P. 123–124.

I.A. Soloviev, M.V. Vasilchenko, S.V. Voloshin, A.V. Kudryavtseva, A.V. Kolunov, T.E. Koshelev, N.A. Sizonenko

Surgical treatment of gemangioma of the small intestine complicated by recurrent bleedings and blood losses of heavy severity

***Abstract.** The frequency of gastrointestinal bleeding in the modern structure of emergency surgical pathology still occupies a leading position. In this case, the predominant localization of sources—the stomach and duodenum, as well as the colon and rectum. The literature describes a few observations of severe life-threatening bleeding from tumours of the small intestine. Hemangioma of the small intestine in the structure of tumours of the gastrointestinal tract occurs only up to 0,3% of cases, which is probably due to its rare complications, in particular – bleeding. Presents a case of rare recurrent bleeding from the small intestine hemangioma into the lumen of the gastrointestinal tract with the development of severe posthemorrhagic anaemia. The features of diagnosis and surgical tactics in these cases are discussed. It was established that the classical standards of examination of the patient with signs of gastrointestinal bleeding will not allow establishing the source in the case of bleeding from the small intestine hemangioma. In this observation, using multiphase computed tomography in the mode of two-energy scanning followed by the construction of iodine maps, it was possible to diagnose the source of bleeding, establish its localization and perform a resection of the affected area of the small intestine.*

Key words: tumours of a small intestine, bleeding, hemangioma, small intestine, angiography, diagnostics, surgical tactics.

Контактный телефон: +7-911-747-30-75; e-mail: vmeda-nio@mil.ru