

Случай успешного лечения пациента с гастроинтестинальной стромальной опухолью подвздошной кишки, осложненной рецидивирующими кровотечениями с тяжелой степенью кровопотери

В.П. Земляной, Б.В. Сигуа, А.Б. Сингаевский,

А.В. Никифоренко, Е.П. Бурлаченко, Д.В. Гуржий, П.А. Котков

Северо-Западный государственный медицинский университет

им. И. И. Мечникова. Санкт-Петербург.

Сигуа Бадри Валериевич – 191015 г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная 41.

Контактный телефон: 8-911-197-93-43; e-mail: dr.sigua@gmail.com

В современной мировой литературе на сегодняшний день описано 144 причины желудочно-кишечных кровотечений [1]. Только в 15% наблюдений источник кровотечения локализуется ниже связки Трейтца – в тонкой кишке в 1% случаев, а в ободочной и прямой кишке в 14% наблюдений [2,3]. Следует отметить, что летальность при желудочно-кишечных кровотечениях с неустановленным до операции источником составляет 80% [3,4].

Одним из источников желудочно-кишечного кровотечения является гастроинтестинальная стромальная опухоль (GIST). В структуре всех злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта GIST составляют примерно 1% и могут развиваться в любом отделе желудочно-кишечного тракта, но с разной частотой: в желудке – 60%; в тонкой кишке – 25%; в толстой кишке - 8%; в прямой кишке – 5%; в пищеводе – 2%. Патогномоничных симптомов GIST на настоящий момент не выявлено, а при локализации опухоли в труднодоступных для диагностики отделах кишечника, как правило, является случайной находкой [5,6,7].

Приводим клиническое наблюдение из собственной практики. Пациент М., 46 лет, поступил в клинику факультетской хирургии им. И.И. Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова 03.02.2014 г. в плановом порядке с диагнозом

направления «образование ректосигмоидного отдела толстой кишки, осложненное рецидивирующими кишечными кровотечениями».

Из анамнеза известно, что с августа 2013 г. отмечались эпизоды кишечного кровотечения в связи, с чем неоднократно обследовался. Дважды выполнялась фиброколоноскопия и в обоих случаях органической патологии со стороны толстой кишки обнаружено не было. Кроме того, дважды был госпитализирован с клинической картиной рецидивирующего кишечного кровотечения с тяжелой степенью кровопотери (снижение уровня гемоглобина до 46 г/л), однако после консервативного лечения выписывался без установленного источника кровотечения.

В условиях клиники пациенту была выполнена МРТ органов брюшной полости и малого таза (05.02.2014 г.), по результатам которой обнаружено объемное кистозно-солидное образование в проекции ректосигмоидного отдела толстой кишки примерно в 11 см. от наружного сфинктера, циркулярно суживающее просвет кишки.

Учитывая полученные данные, повторно выполнены фиброколоноскопия и ирригоскопия, в ходе которых патологических объемных образований толстой кишки не обнаружено. Учитывая данные анамнеза, клиническую картину, а также инструментальные данные, высказано предположение о связи кистозно-солидного образования брюшной полости с просветом кишечника и выставлены показания к диагностической лапароскопии. При обзорной лапароскопии (26.02.2014 г.) выявлено округлое образование, свободно располагающееся в малом тазу, диаметром до 10 см., исходящее из стенки подвздошной кишки в 80 см. от илеоцекального угла и прорастающая в ее брыжейку (рис. 1).

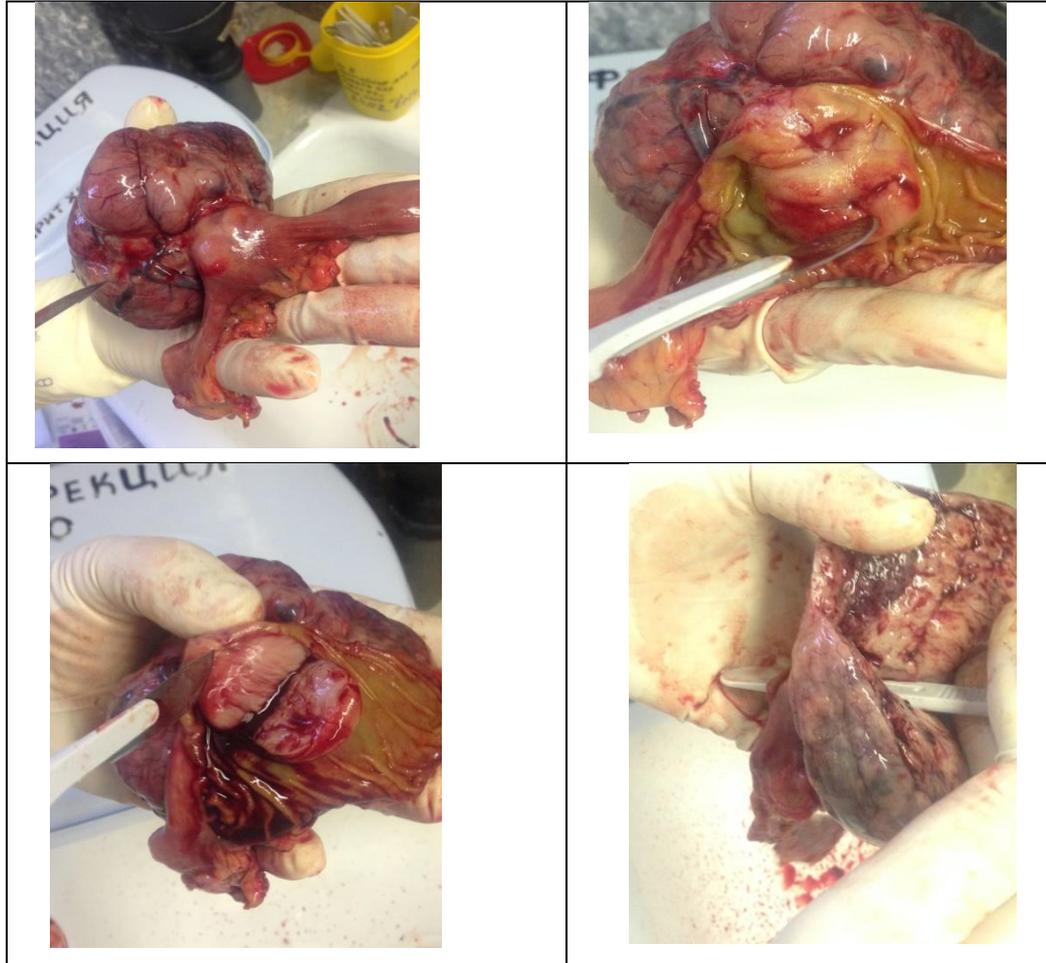


Рисунок 1. Препарат: участок тонкой кишки с опухолью

Кроме того, по поверхности висцеральной и париетальной брюшины определяются множественные просовидные высыпания до 5 мм. в диаметре. Осуществлена лапароскопическая мобилизация участка кишки с патологическим образованием, отступя от края образования по 30 см. в проксимальном и дистальном направлении, затем выполнена минилапаротомия, экстракорпоральная резекция тонкой кишки с формированием энтеро-энтероанастомоза по типу «конец-в-конец».

В раннем послеоперационном периоде отмечались явления субкомпенсированного нарушения кишечного пассажа, которые разрешились с помощью консервативных мероприятий. Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки после оперативного вмешательства.

*Результат гистологического исследования: патологическое образование тонкой кишки представлено опухолью до 10 см. в диаметре плотной эластической консистенции, на разрезе белесоватого цвета с множественными кровоизлияниями, придающими узлу слоистый вид. Кроме того, со стороны слизистой оболочки тонкой кишки определяется устье свищевого хода, соединяющего просвет кишки с опухолью, которая и являлась источником повторявшихся кишечных кровотечений. Микроскопически образование представлено структурами злокачественной незпитальной опухоли, построенной по типу GIST с наличием веретенчатых структур, очагами ангиоматоза, расстройствами кровообращения, массивными кровоизлияниями, врастающей в слизистую оболочку и выступающей в просвет кишки, с местно-деструктивным ростом по серозной оболочке. Аналогичную структуру имеют и просовидные высыпания, покрывающие поверхность брюшины. Кроме того, был проведен **иммуногистохимический** анализ, в результате которого выявлена веретенчатая опухоль тонкой кишки, инфильтрирующая все слои стенки, с низкой митотической активностью (3 митоза на 50 полей зрения x40), кровоизлияниями размером не менее 3 см. Мелкие узелки опухоли аналогичного строения диаметром 0.8-1.0 см, частью связанные с серозной оболочкой брыжейки. Фрагменты стенки тонкой кишки и жировой ткани без элементов опухоли. Заключение: наиболее вероятно, гастроинтестинальная стромальная опухоль (GIST) тонкой кишки (CD 117+++), 3 митоза в 50 полях x40. В настоящее время пациент получает химиотерапию и находится под наблюдением районного онколога.*

Приведенный клинический случай свидетельствует о значительных трудностях, возникающих при выявлении редких опухолей с труднодоступной для диагностики локализацией, когда лишь инвазивный метод исследования позволяет поставить правильный диагноз.

Литература

1. Щербаха А.Н., Гончаров Р.В., Пензов Д.А., Петренко Е.А., Фуженко А.А. Синдром Дъелафуа//Surgery of Donbass 2013; (3): 87-89.
2. Бисенков Л.Н., Трофимов В.М. "Госпитальная хирургия" СПб., "Лань", 2005.
3. Степанов Ю.М., Залевский В.И., Косинский А.В. Желудочно-кишечные кровотечения Днепропетровск, "Медицина", 2011.
4. Верткин А.Л. Острые поражения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта в общемедицинской практике//Русский медицинский журнал 2009; (1): 1-5.
5. Колесник Е.А. Лечение стромальных опухолей желудочно-кишечного тракта (GIST)//Онкология 2009; (4): 289-292.
6. Серяков А.П. Гастроинтестинальные стромальные опухоли//Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 2010; (4): 49-57
7. Casali PG, Jost L, Reichardt P, et al. Gastrointestinal stromal tumors: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2008;19:35-8.