

Редкий клинический случай желудочно-кишечного кровотечения из лейомиомы тонкой кишки. Собственное наблюдение

**И.А. ЛУРИН, В.П. СЛОБОДЯНИК, В.В. ХОХЛОВА,
Т.В. ДУЖА, Л.Л. СЛОБОДЕНЮК**

Резюме. *Диагностика кровоточащей опухоли тонкой кишки является сложной задачей, что обусловлено локализацией и отсутствием рутинных методов ее выявления. Однако об этой патологии нельзя забывать при анонимном источнике кровотечения из пищеварительного тракта.*

Ключевые слова: *лейомиома, кровотечение, опухоли тонкой кишки*

Во всем мире ежегодно на 100 тыс. населения госпитализируется 150–170 больных с кровотечениями из пищеварительного тракта (ПТ) [1]. Кровоточащие опухоли ПТ составляют около 10,5% случаев [2].

Опухоли тонкой кишки – редко встречающиеся новообразования, на их долю приходится от 0,5 до 3,5% всех новообразований ПТ. По сравнению с опухолями толстой кишки встречаются в 40 раз реже. Из этого количества злокачественные опухоли тонкой кишки составляют 0,1% [3].

Исследования, посвященные опухолям тонкого кишечника, в отечественной и иностранной литературе представлены единичными наблюдениями [4]. По данным Б.Д. Савчука, за 40 лет работы в клинике факультетской хирургии г. Москвы опухоли тонкой кишки обнаружены у 32 больных, у 7 из них они были доброкачественными.

В отделении хирургии Гематологического научного центра Российской академии медицинских наук за 10 лет (1997–2007 гг.) обнаружено 12 опухолей тонкой кишки.

У детей опухоли тонкой кишки практически не встречаются, чаще они возникают после 40–50 лет, с одинаковой частотой у женщин и мужчин [5].

По морфологическим формам доброкачественные опухоли тонкой кишки бывают эпителиальные (аденомы) и неэпителиальные (чаще это лейомиома, гемангиома, липома, фиброма, нейрофиброма, лимфангиома).

Доброкачественные новообразования чаще локализуются в подвздошной кишке, редко бывают множественными и растут как внутрь просвета, так и наружу. В последнем случае они могут достигать больших размеров [6].

Клиническая картина опухоли тонкой кишки на ранних стадиях заболевания не имеет характерных проявлений; до 75% случаев выявляют как случайные находки при аутопсии.

Диагностика доброкачественных опухолей тонкой кишки представляет трудную задачу. Она базируется на клинической картине и данных инструментальных исследований. Эндоскопия тонкой кишки как рутинный метод не проводится, можно осмотреть лишь начальный отдел тощей и терминальный отдел подвздошной.

Диагностированные опухоли тонкой кишки подлежат оперативному лечению – небольшие опухоли клиновидно иссекают, при большом размере опухоли производят резекцию сегмента тонкой кишки [7].

В 2011 г. в хирургическое отделение Центра современной медицинской диагностики Военно-медицинского управления Службы безопасности Украины поступил больной Ц., 1941 года рождения, с жалобами на появившийся два часа назад темный стул с незначительным количеством алой крови.

Из анамнеза жизни известно, что в 2006 г. проходил лечение по поводу железодефицитной анемии. Все последующие годы показатели гемоглобина и эритроцитов были в норме. Язвенный анамнез отсутствует. В последнее время не болел, лекарственные средства не принимал, отравлений не было.

При физикальном обследовании патологии не выявлено.

При пальцевом исследовании прямой кишки – на перчатке определялся кал с примесью темной крови. При осмотре ректальной области – анальная трещина, покрытая скудным количеством алой крови.

Результаты ультразвукового исследования органов брюшной полости позволили диагностировать мочекаменную болезнь, камень в левой почке,

В общем анализе крови при поступлении: гемоглобин 114 г/л. На следующие сутки количество гемоглобина в крови снизилось до 85 г/л, в связи с чем была перелита одноклассовая совместимая эритроцитная масса, проводили консервативную гемостатическую терапию согласно протоколу ведения больных с кровотечениями.

Ввиду продолжающегося выделения темной крови из прямой кишки на вторые сутки проведена фиброгастроскопия. Патологии в верхних отделах пищеварительного тракта выявлено не было.

При колоноскопии с интубацией терминального отдела подвздошной кишки до 12 см (на всю длину колоноскопа) во всех осмотренных отделах выявлена темная кровь, поступающая из проксимальных отделов тонкой кишки, недоступных для осмотра. Источник кровотечения на осмотренных участках слизистой оболочки толстой и тонкой кишок не визуализировался. Эти данные позволили заподозрить у больного опухоль тонкой кишки.

В связи с непрекращающимся кровотечением и подозрением на наличие опухоли тонкой кишки больному была проведена лапаротомия. При ревизии брюшной полости обнаружена опухоль тощей кишки, располага-

ющаяся на 50 см дистальнее связки Трейца. Дистальнее опухоли в просвете тонкой и толстой кишки определяли кровь.

Другой патологии органов брюшной полости не выявлено. Была выполнена резекция 30 см тощей кишки с опухолью, наложен энтероэнтероанастомоз «бок в бок».

Макропрепарат представлял собой опухоль тощей кишки размерами 6×3×3 см, располагающуюся по противобрыжеечному краю и прорастающую в просвет кишки в виде «цветной капусты»; со стороны слизистой оболочки определялся эрозированный сосуд. При гистологическом исследовании опухоль расценена как лейомиома тонкой кишки.

Послеоперационный период протекал без особенностей, больной в удовлетворительном состоянии был выписан на 13-е сутки.

Вывод

При наличии у пациента клинических проявлений желудочно-кишечного кровотечения необходимо в первую очередь исключить наиболее вероятные его причины с локализацией в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной и толстой кишке. При их отсутствии необходимо стабилизировать состояние и подготовить больного к операции для поиска и устранения менее вероятных источников кровотечения в тонкой кишке (у детей это патология дивертикула Меккеля, у взрослых – опухоли тонкой кишки).

Литература

1. Chang F. Massive gastrointestinal hemorrhage in the elderly / F. Chang, J.T. Drake, G.J. Farkes // *Am. J. Surg.* – 1977. – Vol. 134. – P. 721–723.
2. Нікішаєв В.І. Діагностична і лікувальна фіброгастроудоденоскопія при шлунково-кишкових кровотечах. / В.І. Нікішаєв. – Львів, 1977. – С. 144–145.
3. Бородулин В.И. Справочник: Болезни, Синдромы, Симптомы / В.И. Бородулин, М.Н. Ланумон. – 2009. – С. 79–81.
4. Куликов В.В. Опухоли тонкой кишки / В.В. Куликов, А.В. Гржимоловский // *Хирургия.* – 2008. – № 5 – С. 65–69.
5. Савчук Б.Д. О новообразованиях тонкой кишки / Б.Д. Савчук, С.И. Лосев, М.Н. Чуприкова // *Хирургия.* – 1970. – № 10 – С. 54–60.
6. Фомин П.Д. Актуальные аспекты диагностики и лечения желудочно-кишечных кровотечений / П.Д. Фомин, В.Я. Белый // *Здоров'я України.* – 2012. – № 8. – С.41.
7. Маховский В.З. Лейомиома тощей кишки, осложненная кровотечением / В.З. Маховский, В.В. Маховский, В.А. Ворумилин // *Хирургия.* – Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010. – № 4. – С. 58–59.

**Рідкісний клінічний випадок шлунково-кишкової кровотечі
із лейоміоми тонкої кишки.
Власне спостереження**

**І.А. ЛУРИН, В.П. СЛОБОДЯНИК, В.В. ХОХЛОВА,
Т.В. ДУЖА, Л.Л. СЛОБОДЕНЮК**

Резюме. *Діагностика пухлини тонкої кишки, що кровоточить, є складним завданням, що зумовлено локалізацією і відсутністю рутинних методів її виявлення. Проте про цю патологію не слід забувати при анонімному джерелі кровотечі з травного тракту.*

Ключові слова: *лейоміома, кровотеча, пухлини тонкої кишки*

**Rare clinical case of gastrointestinal bleeding from leiomyoma
of small intestine: our experience report**

**I.A. LURIN, V.P. SLOBODIANYK, V.V. HOHLOVA,
T.V. DUJA, L.L. SLOBODENIUK**

Summary. *Diagnostics for cancer of small intestine with bleeding is difficult because of localization and absence of routine methods to determine it. But this pathology should be considered in cases with gastrointestinal bleeding of unknown origin.*

Keywords: *leiomyoma, bleeding, cancer of small intestine.*

УДК616.8–009.813

**Випадок лікування гострого порушення мозкового
кровообігу, ускладненого важкою дисфагією**

М.М. ЛЮБЧЕНКО, І.М. АТАМАНЧУК, С.М. КУНИЦЯ

Резюме. *Наведено результати власного спостереження випадку лікування гострого порушення мозкового кровообігу з розвитком складної неврогенної дисфагії. Продемонстровано морфо-функціональні зміни у верхніх відділах травного тракту на фоні страждання вищого центру регуляції, клітин ядра вагусного нерва.*

Ключові слова: *мозковий інсульт, неврогенна дисфагія, глотковий рефлекс.*

Мозковий інсульт може приводити до розвитку різноманітних неврологічних порушень і дисфункцій, зокрема неврогенної дисфагії, що характерно для 25–65% госпіталізованих хворих у гострий період інсульту.