

ваны субэпикардially. По-видимому, необходимо различать две клинические ситуации, связанные с миокардитом. В первом случае речь идет о воспалительном некрозе миокарда, клинические проявления которого полностью соответствуют диагностическим критериям инфаркта миокарда, но при этом не формируются стойкие постинфарктные изменения на ЭКГ, отличны от инфаркта данные МРТ, отсутствует рубцовое поражение по данным сцинтиграфии и стойкие гипо/акинезы при ЭхоКГ.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Fung G, Luo H, Qiu Ye, Yang DB. McManus Myocarditis/Circulation Research. 2016; 2: 496-514. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.115.306573.
2. Клинические рекомендации МЗ РФ Миокардиты. 2020 г. [Klinicheskie rekomendacii MZ RF Miokardity. 2020 g. (In Russ.)]
3. Благоева О.В., Недоступ А.В. Современные маски миокардита (от клинических синдромов к диагнозу) // Российский кардиологический журнал. — 2014. — №5(109). — С.13-22. [Blagova OV, Nedostup AV. Sovremennye maski miokardita (ot klinicheskikh sindromov k diagnozu). Rossijskij kardiologicheskij zhurnal. 2014; 5(109): 13-22. (In Russ.)]
4. Niccoli G, Scalone G, Crea F. Acute myocardial infarction with angiographically normal coronary arteries: what are we missing? G Ital Cardiol (Rome). 2013; 14(12): 817-27.
5. Kühl U, Pauschinger M, Bock T, et al. Parvovirus B19 infection mimicking acute myocardial infarction. Circulation. 2003; 108(8): 945-50.

ТРУДНОСТИ И ВОЗМОЖНОСТЬ ДООПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ ТОЩЕЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Шапкин Ю.Г., Старчихина Д.В.*,
Матвеева Е.Н.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского», Саратов

DOI: 10.25881/20728255_2024_19_1_167

Резюме. Рецидивирующее тонкокишечное кровотечение представляет собой серьезную проблему ургентной хирургии ввиду сложной диагностики источника кровотечения и высокой летальности. В литературе описаны единичные случаи кровотечения из новообразований тонкой кишки. На сегодняшний день в клинической практике нет ни одного метода, обладающего 100% диагностической ценностью. Демонстрируется наблюдение дооперационной диагностики источника рецидивирующего кишечного кровотечения с использованием компьютерной томографии с контрастированием. Оно акцентирует трудности и возможность объективной дооперационной диагностики источника кровотечения в тощей кишке методом, не являющимся обязательным для этой цели, что позволяет улучшить результаты лечения пациентов.

Ключевые слова: желудочно-кишечное кровотечение, гастроинтестинальная стромальная опухоль.

DIFFICULTIES AND POSSIBILITY OF PREOPERATIVE DIAGNOSIS OF TUMOR OF JEJUNUM COMPLICATED BY RECURRENT BLEEDING WITH SEVERE BLOOD LOSS

Shapkin Yu.G., Starchihina D.V.*, Matveeva E.N.

Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov

Abstract. Recurrent gastrointestinal bleeding represents a serious problem in urgent surgery due to the difficult diagnostics of the source of bleeding and high mortality. The literature describes isolated cases of bleeding from neoplasms of the small intestine. Today in clinical practice there is not a single method that has 100% diagnostic value. A rare clinical case of preoperative diagnosis of the source of recurrent intestinal bleeding using contrast-enhanced computed tomography is reviewed. This clinical case highlights the difficulties and possibility of objective preoperative diagnosis of the source of bleeding in the jejunum, using a method that is not mandatory for this purpose, which can improve patient treatment outcomes.

Keywords: gastrointestinal bleeding, gastrointestinal stromal tumor.

Актуальность

Вопросы дооперационной диагностики желудочно-кишечных кровотечений из верхнего отдела пищеварительной трубки иногда представляют серьезные затруднения для дежурных ургентных хирургов [1–4]. Если постановка диагноза при пищеводном, желудочном и дуоденальном кровотечениях чаще всего доступна [4], то источник геморрагии в тощей или подвздошной кишке устанавливается после многочисленных к тому же безуспешных эндоскопических осмотров [4; 5] в ходе названной С.С. Юдиным «операции отчаяния», часто выполняе-

мой в критической ситуации для пациента. Мы встретились с подобной сложностью диагностики рецидивирующего кишечного кровотечения из верхних отделов ЖКТ (наблюдалась повторная «мелена»), сопровождающегося кровопотерей тяжелой степени, у пациентки 64 лет. Причиной геморрагии явилась гастроинтестинальная стромальная опухоль (ГИСО).

Цель — показать возможность дооперационной диагностики источника рецидивирующего кишечного кровотечения из опухоли тощей кишки с использованием КТ.

Пациентка П., 64 лет, госпитализирована в ГУЗ СГКБ №6 в хирургическое отделение 27.08.2023 с клиникой рецидивирующего кишечного кровотечения предположительно из верхних отделов ЖКТ (был отмечен неоднократный черный жидкий кал — мелена), постгеморрагической анемии тяжелой степени (гемоглобин 68 г/л).

Из анамнеза выяснено, что пациентка дважды на протяжении 2023 г. уже находилась на стационарном лечении в терапевтическом отделении с анемией тяжелой степени, где ей проводились гемотрансфузии с целью коррекции ане-

* e-mail: starchihinadasha@mail.ru

мии. Для диагностики причины анемии пациентке выполнялась ФГДС, колоноскопия, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, рентгенография органов груди и брюшной полости. Причина анемии не обнаружена.

При госпитализации в хирургический стационар пациентке была выполнена ФГДС, при которой выявлена эритематозная гастропатия на фоне атрофии слизистой желудка. При УЗИ органов брюшной полости — диффузные изменения в печени и поджелудочной железе. При колоноскопии — органической патологии не выявлено. В стационаре пациентке было выполнено 5 гемотрансфузий, на фоне которых сохранялась анемия средней степени тяжести (гемоглобин не повышался выше уровня 78 г/л).

С учетом рецидивирующего характера кишечного кровотечения из верхних отделов ЖКТ (мелена), стойкой анемии, требующей неоднократной гемотрансфузии, у пациентки предположен источник

кровотечения в тонкой кишке, в связи с чем выполнена КТ с контрастированием. По данным КТ у пациентки выявлена опухоль тощей кишки, которая расценена в качестве вероятного источника рецидивирующего кишечного кровотечения с развитием постгеморрагической анемии (Рис. 1).

Принято решение о хирургическом вмешательстве после устранения последствий кровопотери. Очередной рецидив кишечного кровотечения (04.09.2023 г.) явился показанием к хирургическому лечению. Интраоперационно выявлено, что в 40 см от связки Трейца в тощей кишке определяется узловое опухолевидное образование диаметром 3 см (Рис. 2).

Патологии других органов не обнаружено. Выполнена резекция тощей кишки с опухолью. Наложен межкишечный анастомоз по типу «конец в конец» непрерывным однорядным швом нитью полисорб 3.0. В опухоли со стороны слизистой оболочки обнаружен дефект, послуживший причиной кишечного кровотечения (Рис. 3).

В послеоперационном периоде анемия устранена, восстановлена функция кишечника.

При гистологическом исследовании препарата установлена ГИСО.

Пациентка выписана из хирургического стационара в удовлетворительном состоянии для дальнейшего наблюдения у онкологов.

Результат иммуногистохимического исследования №1139. В опухолевых клетках определяется экспрессия

антител к CD117, DOG, CD34, кальдесмону, SMA — очаговая экспрессия. Отсутствует экспрессия в клетках образования антител к: S100, десмину. Индекс пролиферации Ki67 — менее 1%, — менее 5 митозов в 50 полях зрения. Заключение: иммунофенотип соответствует ГИСО опухоли с низким потенциалом злокачественности.

24.11.2023 проведен онкоконсилиум. Рекомендовано динамическое наблюдение у онколога амбулаторно, осмотр и контрольное обследование 1 раз в 3 месяца.

Обсуждение

Несмотря на современные достижения в сфере эндоскопической диагностики источника желудочно-кишечных кровотечений, в настоящее время в клинической практике встречаются случаи, когда источник установить достаточно сложно. В случаях очевидности локализации причины геморрагии в верхних отделах желудочно-кишечного тракта (мелена, постгеморрагическая анемия), а ФГДС/колоноскопия, являющаяся золотым стандартом диагностического поиска источника кровотечения, не информативна, на помощь хирургам в поиске источника кровотечения приходит капсульная эндоскопия [5] и энтероскопия [4], а также КТ с контрастированием. Это исследование с целью поиска источника кишечного кровотечения используется в случаях, когда в лечебном учреждении отсутствует возможность применения капсульной эндоскопии и фиброколоно- или



Рис. 1. КТ-картина опухоли тощей кишки.

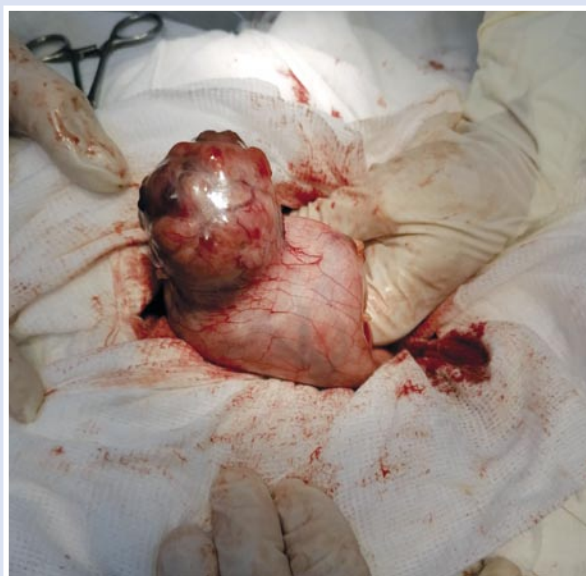


Рис. 2. Интраоперационная картина опухоли тощей кишки.



Рис. 3. Интраоперационная картина опухоли тощей кишки на разрезе: дефект слизистой до 5 мм в диаметре, в дне — тромбированные сосуды.

илеоскопии. Подобные ситуации нередко встречаются в экстренной хирургической практике, представляя собой диагностическую сложность, и, как следствие, сложность в проведении лечебных мероприятий и в выборе варианта хирургической тактики, например, при кровотечении из ГИСО тощей кишки.

ГИСО — редкое мезенхимальное новообразование, которое наиболее часто встречается в желудке (60%), тонкой кишке (30%), а также в 12-перстной и прямой кишке. Патогенетическим аспектом в развитии опухоли является мутация в гене C-KIT (80%) и PDGFRA (10%). Опухоль имеет узловое строение, происходит из мышечной оболочки органов ЖКТ. Характерной патологоанатомической особенностью ГИСО нередко служит некротическая полость внутри опухолевого узла [1]. Заключительный диагноз ГИСО основывается на данных морфологического и иммуногистохимического исследования [2]. Для ранней стадии заболевания характерно бессимптомное течение, отсутствуют специфические симптомы и признаки [1; 3]. Клиническая картина ГИСО проявляется сдавлением органов большим объемом опухоли, либо кровотечением вследствие ее распада. Кровотечение может быть как в свободную брюшную полость (внутрибрюшное кровотечение), так и в просвет органов ЖКТ (желудочно-кишечное кровотечение) [1].

ГИСО в случае локализации опухоли в желудке, 12-перстной и толстой кишке может быть диагностирована эндоскопически: при ФГДС, колоноскопии, эндоскопической ультрасонографии [2; 3]. Диагностика ГИСО с локализацией в тонкой кишке весьма затруднительна ввиду отсутствия возможности выполнения капсульной эндоскопии и фиброколоноскопии в подавляющем большинстве стационаров, оказывающих экстренную хирургическую помощь. Современным методом выбора диагностики ГИСО тонкой кишки, в настоящее время доступным для большинства хирургических стационаров, в некоторых случаях может служить КТ с контрастированием [2].

Заключение

Данное клиническое наблюдение демонстрирует трудность и, в то же время, возможность дооперационной диагностики источника рецидивирующей геморрагии, исходящего из стенки тощей кишки, с использованием КТ с контрастированием, что в свою очередь, позволит, в ряде случаев, избежать жизнеугрожающей операции «отчаяния» на высоте кровотечения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Cichoz-Lach H, Kasztelan-Szczerbińska B, Słomka M. Gastrointestinal stromal tumors: epidemiology, clinical picture, diagnosis, prognosis and treatment. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 2008; 118(4): 216-221.
2. Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A consensus approach. *Hum. Pathol.* 2002; 33: 459-465.
3. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (диагностика, лечение): Практические рекомендации. — М., 2008. — 53 с. [Gastrointestinal stromal tumors (diagnosis, treatment): Practical recommendations. M., 2008. 53 p. (In Russ.)]
4. Фёдоров Е.Д., Иванова Е.В., Юдин О.И., Тимофеев М.Е. Методические аспекты применения однобаллонной энтероскопии в клинической практике. — СПб.: Эндо — 2009. — С. 18. [Fedorov ED, Ivanova EV, Yudin OI, Timofeev ME. Methodological aspects of the use of single-balloon enteroscopy in clinical practice. SPb: Endo. 2009. P.18. (In Russ.)]
5. Франкис Р., Льюис Б.С., Мишкин Д.С. Капсульная эндоскопия понятным языком. Федорова Е.Д., Иванова Е.В. — М.: Практическая медицина, 2012. [Frankis R, Lewis BS, Mishkin DS. Capsule endoscopy in clear language. Fedorova ED, Ivanova EV. M.: Practical medicine; 2012. (In Russ.)]