

**ЛЕЙОМИОСАРКОМА КАК ПРИЧИНА ДЛИТЕЛЬНОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО
КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ****Ю. В. ЕГОРОВ**

Кафедра госпитальной хирургии РУДН. 109263 г. Москва, ул. Волынская д., 7.

В. Н. ЦЫГАНКОВ

Городская больница № 17. 109263 г. Москва, ул. Волынская д., 7.

Описан случай длительного, около полутора лет, рецидивирующего тонкокишечного кровотечения из лейомиосаркомы тощей кишки.

Кровотечения, сопровождающие заболевания тонкого кишечника, встречаются редко, не превышают 2 % от общего числа кровотечений желудочно-кишечного тракта [3,5]. Симптомы заболеваний, приводящих к тонкокишечным кровотечениям (ТКК), не специфичны. Возможность их локализовать с помощью наиболее информативных методов не превышает 50 %, а сами методы (использование специальных удлинённых эндоскопов, ангиография, радиоизотопное сканирование с технецием Tc^{99} или, что более информативно с эритроцитами меченными Tc^{99} , пробы с окрашиванием тесмы с флюоресцином, поэтапный анализ кишечного содержимого, возможно с мечеными Cr^{51} эритроцитами) дорогостоящи и малодоступны [1,3,5]. Распадающиеся кровоточащие опухоли даже очень больших размеров могут не определяться доступными на момент обследования методами [6].

Однако при достоверно доказанном ТКК при лапаротомии практически всегда обнаруживается источник кровотечения [6].

Из-за неопределённой локализации источника, даже при массивном кровотечении, хирурги часто откладывают оперативное вмешательство, предпочитая консервативную терапию, теряя так необходимое в случае злокачественных новообразований время или, при массивных кровопотерях, истощая компенсаторные возможности организма. Результаты, полученные при рентгенологических и ультразвуковых исследованиях (УЗИ), эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) могут трактоваться как проявления более часто встречающихся заболеваний, тем самым усугубляя сомнения врача в целесообразности лапаротомии, приводя к логическим ошибкам [4] или ошибкам по недомыслию [2].

Данный случай иллюстрирует все сказанное выше, а также интересен сочетанием лейомиосаркомы с липоматозом брюшины.

Больной Н. болен в течение полутора лет, когда в сентябре 1997 г при амбулаторном обследовании выявлена гипохромная анемия (гемоглобин 58 г/л); с 17.10. 97 по 03. 12. 97 находился на стационарном обследовании.

В биохимическом анализе крови снижение уровня сывороточного железа до 9,3 ммоль/л, билирубин 26,4 ммоль/л, других отклонений от нормы не выявлено. Диастаза мочи 1291 ЕД, амилаза крови 131 ЕД. HbsAg, анти-HCV не обнаружены. При стерильной пункции патологии не выявлено. Копрограмма пятикратно – яйца глистов не обнаружены, реакция на скрытую кровь положительная.

Рентгенография грудной клетки 02.10.97 – патологии нет. Компьютерная томография брюшной полости 06.10.97 – поджелудочная железа размерами: головка – 28 мм, тело и хвост – до 28 мм, контур волнистый, паренхима с умеренной жировой перестройкой, парапанкреатическая клетчатка не изменена. Печень, желчный пузырь, почки, надпочечники, селезёнка, брюшная аорта без особенностей. Колоноскопия 09.10.97 – органической патологии не выявлено. УЗИ – поджелудочная железа средних размеров, структура неоднородная, средней эхогенности. Энтерография 23.10.97 – органической патологии тонкой кишки не выявлено, аномалия правых отделов толстой кишки (высокое подпечёчное положение слепой кишки и червеобразного отростка). Ректороманоскопия 12.11.97 и 01.12.97 – органической патологии не выявлено. Ирригоскопия 14.11.97 – органической патологии не выявлено, аномалия правых отделов толстой кишки. ЭГДС 14.11.97 – скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, поверхностный гастрит.

Поставлен диагноз: Хронический панкреатит, смешанная форма, рецидивирующая течение, фаза обострения. Жировой гепатоз. Хронический гастродуоденит, фаза обострения. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Хроническая гипохромная железодефицитная анемия тяжёлой степени. Миокардиодистрофия, НК – I. Гипертоническая болезнь I стадии. Алиментарно-конституционное ожирение II степени.

При поступлении в городскую больницу № 17 05.01.99 жалобы на общую слабость, головокружение, боли в эпигастрии, возникающие после приёма пищи, неустойчивый стул. При физикальном исследовании изменений не выявлено. При лабораторных исследованиях выявлено снижение Hb до 111 г/л, других изменений не обнаружено. 06.01.99 УЗИ: эхо-признаки острого отёчного панкреатита, гепатомегалии, диффузных

изменений печени. Обращает на себя внимание раздутые до 4 – 5 см петли тонкой кишки в левой половине брюшной полости с жидким содержимым, перистальтика прослеживается.

11.01.99 состояние больного резко ухудшилось – резкая слабость, стул – мелена. ЭГДС: геморрагический гастрит – источник желудочно-кишечного кровотечения. Хиатальная грыжа. Больной переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии, начата терапия антацидами, вяжущими, H₂-блокаторами, ангиопротекторами, проводилось переливание плазмы, эритроцитарной массы. Но кровотечение продолжалось. 14.01.99 УЗИ – без отрицательной динамики. ЭГДС: слизистая пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки без особенностей. Признаки анемии.

С целью определения источника кровотечения и окончательного гемостаза решено выполнить оперативное вмешательство.

15.01.99 09.50 – 11.05 лапаротомия, ревизия органов брюшной полости. Резекция тощей кишки. Брюшная полость вскрыта верхне-срединным разрезом. При ревизии брюшной полости имеются множественные липоматозные образования от 0,2 до 1,0 см, располагающиеся на брыжейке тонкой и толстой кишки, большим саленке, висцеральной и париетальной брюшине. Печень интактна. Патологии желудка и двенадцатиперстной кишки не обнаружено. Поджелудочная железа пальпаторно не изменена. В 40 – 50 см от связки Трейца имеется опухолевидное образование на тощей кишки 5×6 см, плотное бугристое, интенсивно желто-белого цвета, практически перекрывающее просвет кишки. Приводящая петля умеренно расширена. Дистальный отдел спавшийся, содержит темную кровь. В брыжейке сегмента кишки, несущей опухолевидное образование, имеется лимфоузел до 2 см в диаметре. Оперативный диагноз: липоматоз брюшной полости. Лейомиосаркома тощей кишки с распадом и кровотечением. Выполнена резекция тощей кишки в пределах неизмененных тканей, с клиновидной резекцией брыжейки несущей, метастаз. Сформирован межкишечный анастомоз бок в бок. Туалет брюшной полости. Рана послойно ушита наглухо. Асептическая повязка.

Диагноз гистологически подтвержден.

Больные с железодефицитными анемиями обязательно с максимальной тщательностью должны быть исследованы на наличие ТМК, вплоть до лапаротомии; при профузном кровотечении операция должна быть выполнена в максимально ранние сроки.

Литература.

1. ЛеМонт Дж. Т., Иссельбахер К. Дж. Внутренние болезни Кн.7. М. 1996. С 151 – 153.
2. Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок. М. 1994. С 39 – 151, 185.
3. Савов А. М. Особенности диагностики заболеваний тонкой кишки, приводящих к железодефицитной анемии. Автореферат дис. канд. М. 1993.
4. Султанов И. Я. // Вестник РУДН. 2000. № 1. С 85 – 88.
5. Тейлор Р. Б. Трудный диагноз. М. 1992. С 578 – 594.
6. Фищенко А. Я., Жупанов А. А. // Хирургия. 1989. № 12. С. 114 – 115

LEIOMYOSARCOMA AS THE CAUSE OF RECURRENT INTESTINAL BLEEDING

Yu. V. EGOROV

Department of hospital surgery of RPFU. 109263 Moscow. Volynskaja str 7.

V. N. TSYGANKOV

Municipal hospital № 17 109263 Moscow Volynskaja str. 7.

The case lingering recurrent intestinal hemorrhage from leiomyosarcoma of the jejunum.