

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ НА ПОЧВЕ КАВЕРНОЗНОЙ ГЕМАНГИОМЫ ТОЩЕЙ КИШКИ

А.А. АЛИЖАНОВ¹, Б.Р. ИСХАКОВ¹, Н.Б. ИСХАКОВ²,
Ш.Б. РОБИДДИНОВ¹, Ж.Б. РОБИДДИНОВ¹, Б.С. РОБИДДИНОВ¹

¹Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,
Узбекистан

²Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

A CASE OF SUCCESSFUL SURGICAL TREATMENT OF A PATIENT WITH RECURRENT BLEEDING DUE TO CAVERNOUS HEMANGIOMA OF THE JEJUNUM

B.R. ISKHAKOV¹, A.A. ALIJANOV¹, N.B. ISKHAKOV², SH.B. ROBIDDINOV¹, J.B. ROBIDDINOV¹, B.S. ROBIDDINOV¹

¹Namangan branch of Republican research center of emergency medicine, Uzbekistan

²Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan

В статье описан редкий клинический случай успешного хирургического лечения больного с рецидивирующими кровотечениями из кавернозной гемангиомы тонкой кишки. Авторы считают, что с рецидивирующими кровотечениями из желудочно-кишечного тракта без установленного источника окончательным методом диагностики и лечения этой тяжелой категории больных во многих случаях является лапаротомия. Описанный случай, возможно, будет интересен для абдоминальных хирургов, гастроэнтэрологов и реаниматологов.

Ключевые слова: кавернозная гемангиома, кровотечение из тонкой кишки, диагностика, хирургическое лечение.

The article describes a rare clinical case of successful surgical treatment of a patient with recurrent bleeding from cavernous hemangioma of the jejunum. The authors believe that with recurrent bleeding from the gastrointestinal tract without an established source, laparotomy is in many cases the final method of diagnosis and treatment in this severe category of patients. This case may be a description of interest to abdominal surgeons, gastroenterologists and resuscitators.

Key words: cavernous hemangioma, bleeding from the small intestine, diagnosis, surgical treatment.

10.54185/TBEM/vol15_iss1/a10

Введение

Диагностика кровотечений из неустановленного источника на протяжении многих лет остается сложной задачей для хирургов и врачей смежных специальностей [1, 2]. Кровотечения с неясным источником составляют около 5% от всех кровотечений из желудочно-кишечного тракта, как правило, это тонкокишечные кровотечения (ТКК). Источники кровотечения с локализацией в желудке и толстой кишке, пропущенные при эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) и колоноскопии, до момента распознавания в процессе обследования также изначально относят к кровотечениям с неустановленным источником [3, 4].

Гемангиома желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – доброкачественное сосудистое образование. Выделяют два основных гистологических типа гемангиом ЖКТ: капиллярные и кавернозные, а также смешанный тип [5–8].

Кавернозные гемангиомы – новообразования, состоящие из заполненных кровью пространств или синусов, покрытых однослойным или многослойным эндотелием. Микроскопически имеют вид ограниченного от окружающих тканей багрово-синюшного узла, на разрезе напоминаю-

щего губку. Наиболее часто представлены внутривидыми полиповидными образованиями, встречаются также в виде инфильтративных подслизистых и интрамуральных масс, могут распространяться на брыжейку. Тонкая кишка является наиболее частой локализацией среди всех гемангиом ЖКТ. Гемангиомы тонкой кишки составляют не более 5% от всех новообразований ЖКТ [9, 10].

У мужчин заболевание встречается в полтора раза чаще, чем у женщин. Наиболее часто образования обнаруживают в тонкой кише. Известно небольшое количество клинических наблюдений [8].

Клинически гемангиомы тонкой кишки, как правило, реализуются в виде кишечного кровотечения, реже – в виде кишечной непроходимости, инвагинации или перфорации кишки. Желудочно-кишечное кровотечение может быть как массивным и опасным для жизни, так и неинтенсивным и малозаметным, что делает клиническую картину стервой, а диагностику – сложной и длительное время безрезультативной [11].

Цель. Описание редкого клинического наблюдения кавернозной гемангиомы тонкой кишки как причины рецидивирующего кишечного кровотечения.

Описание случая

Больной Э.У., 21 год (и/б № 5547/1025), обратился в Наманганский филиал РНЦЭМП 21 марта 2021 г. с жалобами на боли в горле, жидкий стул малинового цвета, тошноту, прогрессирующую общую слабость, потливость. Болен в течение 19 часов. За этот период у больного четырежды был жидкий стул. Подобные состояния, по поводу которых получал амбулаторное лечение с временным эффектом, больной отмечал трижды с 11-летнего возраста. С 2-летнего возраста страдает гепатитом В и Д. Каждые 3 месяца получает стационарное лечение по поводу цирроза печени, осложненного портальной гипертензией. Инвалид 2-й группы.

Общее состояние больного при поступлении тяжелое. В сознании. Кожа и видимые слизистые – бледно-розового цвета. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких выслушивается везикулярное дыхание. АД – 110/60 мм рт. ст. Пульс – 96 уд. в минуту. Язык – влажный. Живот – мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не пальпируется. Селезенка выступает из-под края левой реберной дуги на 4 см. Перистальтика кишечника выслушивается. Стул – кашицеобразной консистенции, малинового цвета, за последние 19 часов был дважды.

ЭКГ – без изменений. Осмотрен кардиологом: со стороны сердечно-сосудистой системы патологий не выявлено.

Рентгеноскопия грудной клетки – № 7185. Вывод: Легкие и сердце – без изменений. Пневматоз кишечника.

При осмотре ЛОР-врачом выявлен катаральный фарингит, назначено по одной таблетке имидона (рассасывать) 3 раза в день.

Видеогастроскопия – № 864. Варикозного расширения вен пищевода не обнаружено. Острая язва препилорического отдела желудка 0,5×0,5 см, дно которого покрыто белым налетом без признаков кровотечения.

При колоноскопии (от 24.03.2021 г.) до печеночного угла толстой кишки патологии не выявлено, источник кровотечения не обнаружен. Из печеночного угла толстой кишки поступает кал малинового цвета. Больному было предложено оперативное лечение, от которого он отказался, после чего был переведен в реанимационное отделение для продолжения активной гемостатической, инфузционной терапии. 25.03.2021 г. при повторной видеогастроскопии № 888 в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке патологии не выявлено.

На 3-и сутки пребывания в стационаре у пациента развилась клиническая картина рецидива кишечного кровотечения (слабость, головокружение, жидкий стул малинового цвета, гипотония и тахикардия), упал уровень гемоглобина.

Лабораторные показатели до операции в динамике: НВ – 112 – 92 – 63 – 61 – 52 г/л, эр. – 3,01 – 2,01×10¹²/л, цв. пок. – 0,9 – 0,8 – 0,7 л, 6,8×10⁹/л, п. – 5%, с. – 70%, лимф. – 20%, мон. – 4%, эоз. – 1%, СОЭ – 7 мм/ч, общ. белок – 64,2 – 57,3 – 55,0 г/л, мочевина в крови – 7,2 6,0 Ммоль/л, сахар в крови – 5,1–6,4 Ммоль/л, билирубин в крови: общий – 36,7 Ммоль/л, непрямой – 19,8, прямой – 17,6, АЛТ – 0,8. Амилаза в крови – 32 ед. Коагулограмма: время рекальцификации – 114 с, тромботест – IV ст., этанол. тест – отр., фибриноген – 1,99 г/л, Нт 30 – 24–16%. Время свертываемости крови по Бюркнеру: начало – 3 мин 38 с., конец – 3 мин 55 с. Удельный вес мочи – 1006. Белок в моче – абс., лейк. – 5 в п/зр, оксалаты ++.

Создан консилиум врачей, 25.03.2021 г. установлен диагноз: Кишечное кровотечение с неустановленным источником. Рецидив кишечного кровотечения в стационаре.

Осложнение: Постгеморрагическая анемия тяжелой степени.

Конкурирующий диагноз: Вирусный гепатит В и Д. Цирроз печени, спленомегалия.

Больному было перелито 100,0 мл альбумина, 2645 мл свежезамороженной плазмы (СЗП), 1775 мл эритроцитарной массы. Получал гемостатики, Н2-блокаторы, антациды, белковые препараты, инфузионные средства.

26.03.2021 г. после предоперационной подготовки из-за рецидива кишечного кровотечения больной был оперирован.

На операции: при вскрытии брюшины выявлен асцит до 250 мл. На передней брюшной стенке видны расширенные вены. Печень увеличена в размере, поверхность бугристая, консистенция плотноватая, края закругленные. Селезенка увеличена до 14 см.

При ревизии тонкой кишки на расстоянии 80 см от связки Трейтца по противорубрике краю тощей кишки обнаружено идущее до брыжейки опухолевидное образование до 2,5×5,0 см с бугристыми контурами, мягко-эластичной консистенции. При интраоперационном консилиуме врачей с участием сосудистого хирурга случай признан кавернозной гемангиомой тонкой кишки (рис. 1).

В просвете тонкой кишки ниже уровня патологического очага определяется темная жидкость – кровь. Решено было иссечь кавернозную гемангиому в пределах здорового участка тонкой кишки. При этом отмечалось прорастание гемангиомы в просвет тонкой кишки с кровотечением. После иссечения гемангиомы непрерывность тонкой кишки восстановлена наложением двухрядного шва (рис. 2, 3).

При проверке герметичность и проходимость кишки удовлетворительные. Брюшная полость осушена от асцита, в малый таз установлен силиконовый дренаж.

Гистологическое исследование: опухоль имеет строение кавернозной гемангиомы, исходящей из мышечного слоя стенки кишки, вне опухоли стенка кишки обычного строения (№ 2060 66/21 г.). Вывод: Кавернозная гемангиома тонкой кишки. Послеоперационное течение гладкое. При выписке НВ – 66 г/л, эр. – 2,77×10¹²/л.

Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты на 7-е сутки, пациент был переведен в городскую больницу № 1 для реабилитации.

Больной осмотрен через 6 месяцев. Жалоб не предъявляет. Работает по прежней профессии парикмахером. За время дальнейшего наблюдения состояние без ухудшения, на фоне проводимой терапии уровень гемоглобина восстановлен до 112 г/л.

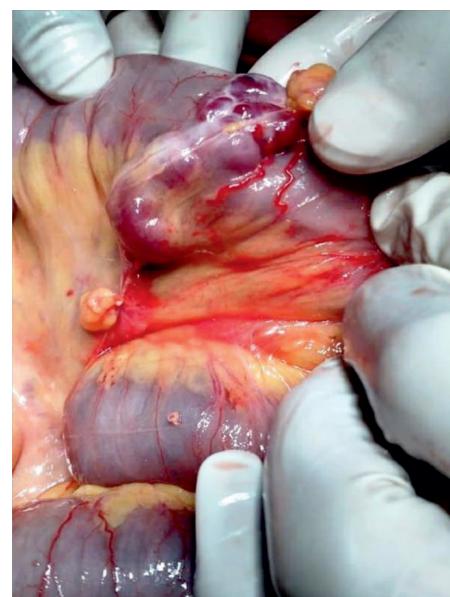


Рис. 1. Кавернозная гемангиома тощей кишки

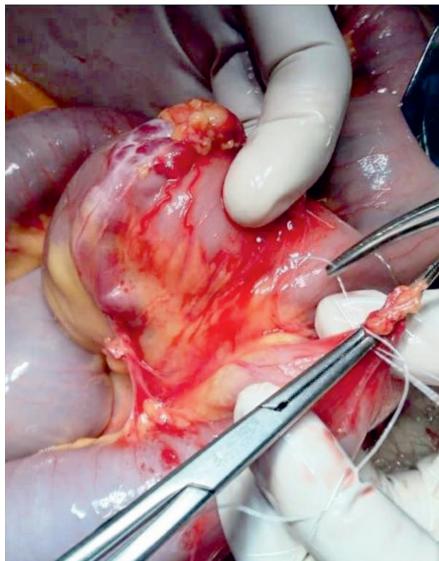


Рис. 2. Кавернозная гемангиома тощей кишки.
Этапы мобилизации

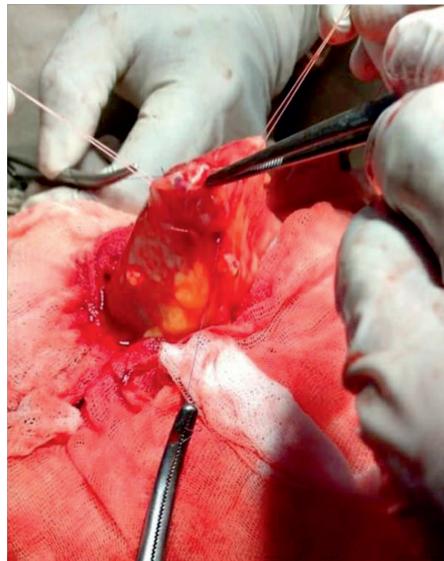


Рис. 3. Этапы иссечения гемангиомы тощей кишки
с ушиванием в поперечном направлении

Выводы

Для своевременной диагностики желудочно-кишечного кровотечения необходимо широко применять визуальные методы диагностики, такие как видеогастроскопия, колоноскопия и лапароскопия. При невозможности корректировать источник кровотечения лапароскопическим или лапароскопически ассистированным методом оперирования необходимо перейти на конверсию. Конверсия при таких ситуациях является не слабостью хирурга, а ответственностью перед тяжелым анемизированным больным.

Литература

1. Fisher L.R., Krinsky L., Anderson M.A., Appalaneni V., Banerjee S., Ben-Menachem T. et al. The role of endoscopy in the management of obscure GI bleeding. Gastrointest Endosc. 2010; 72(3):471–479. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2010.04.032>.
2. Pennazio M., Eisen G., Goldfarb N. ICCE Consensus for Obscure Gastrointestinal Bleeding. Endoscopy. 2005; 37(10):1046–1050. DOI: 10.1055/s-2005-870319.
3. Gurudu R., Bruining D., Acosta R., Eloubeidi M., Faulk A., Mouen K. et al. The role of endoscopy in the management of suspected small-bowel bleeding. ASGE Guideline. Gastrointest Endosc. 2017; 1:22–31. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2016.06.013>.
4. Иванова Е.В., Федоров Е.Д., Юдин О.И., Михалева Л.М., Тихомирова Е.В. Диагностика и лечение внутрипросветных желудочно-кишечных кровотечений с неустановленным источником. Сеченовский вестник. 2018; 1(31):40–47 [Ivanova E.V., Fedorov E.D., Yudin O.I., Mikhaleva L.M., Tikhomirova E.V. Diagnostika i lechenie vnutriprosvetnykh zheludochno-kishechnykh krovotecheniy s neustanovlennym istochnikom. Sechenovskiy vestnik. 2018; 1(31):40–47. In Russian].
5. Карасева О.В., Горелик А.Л., Харитонова А.Ю., Тимофеева А.В., Голиков Д.Е., Уткина К.Е. и др. Кавернозная гемангиома тощей кишки как источник рецидивирующего кишечного кровотечения у ребёнка 11 лет. Детская хирургия. 2019; 23(1):27–30 [Karaseva O.V., Gorelik A.L., Kharitonova A.Yu., Timofeeva A.V., Golikov D.E., Utkina K.E. i dr. Kavernoznaya gemangioma toshchey kishki kak istochnik retsidiiviruyushchego kishechnogo krovotecheniya u rebenka 11 let. Detskaya khirurgiya. 2019; 23(1):27–30. In Russian].
6. Boyle L., Lack E.E. Solitary cavernous hemangioma of small intestine. Case report and literature review. Arch Pathol Lab Med. 1993;117: 93941.
7. Shi C.S., Li G., Wang Y.L. Clinical characteristics and diagnosis of small intestine hemangioma in children. Zhonghua Er Ke Za Zhi. 2011;49(6):474–476.
8. Magnano A., Privitera A., Calogero G., Nanfito L., Basile G., Sanfilippo G. Solitary hemangioma of the small intestine: an unusual cause of bleeding diagnosed at capsule endoscopy. J Pediatr Surg. 2005; 40:25–27. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2005.06.014>
9. Huber A., Abdel Samie A., Kychenko D., Theilmann L. A rare cause of recurrent iron-deficiency anaemia: cavernous hemangioma of the small intestine. J Gastrointest Liver Dis 2012; 21: 343.
10. Bae S.J., Hwang G., Kang H.S., Song H.J., Chang W.Y., Maeng Y.H. et al. Cavernous Single Hemangioma of the Small Bowel Diagnosed by Using Capsule Endoscopy in a Child with Chronic Iron-Deficiency Anemia. Clin Endosc. 2015; 48(4):340–344. doi: 7.5946/ce.2015.48.4.340.
11. Корнилаев П.Г., Шавалеев Р.Р. Гемангиома тонкой кишки, осложненная профузным кровотечением. Хирургия. 2007; 4(5):6–7 [Kornilaev P.G., Shavaleev R.R. Gemangioma tonkoy kishki, oslozhnennaya profuznym krovotecheniem. Khirurgiya. 2007; 4(5):6–7].

ОЧ ИЧАК КАВЕРНОЗ ГЕМАНГИОМАСИ ОҚИБАТИДА ҚАЙТАЛАНУВЧИ ҚОН КЕТИШИ БҮЛГАН БЕМОРНИ МУВАФФАҚИЯТЛИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ ҲОЛАТИ

А.А. АЛИЖАНОВ¹, Б.Р. ИСХАКОВ¹, Н.Б. ИСХАКОВ²,
Ш.Б. РОБИДДИНОВ¹, Ж.Б. РОБИДДИНОВ¹, Б.С. РОБИДДИНОВ¹

¹Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиали, Ўзбекистон

²Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Мақолада кам учрайдиган оч ичакнинг каверноз гемангиомасидан қон кетиши қайталаниши билан асоратланган bemорда муваффақиятли хирургик даволаш ҳолати ёритилган. Ошқозон-ичак тизими-нинг манбаси аниқланмаган қон кетиши, қайталанишида мулалифлар лапаротомия ушбу оғир тоифадаги bemорларда кўпинча якуний диагностик ва даво усули эканлигини эътироф этадилар. Ушбу ҳолатнинг ёритилиши абдоминал жарроҳлар, гастроэнтерологлар ҳамда реаниматологларда қизиқиш уйғотиши мумкин.

Калит сўзлар: каверноз гемангиома, ингичка ичакдан қон кетиши, диагностикаси, хирургик даволаш.

Сведения об авторах:

Алижанов Аброр Алижон угли – директор
Наманганского филиала РНЦЭМП.

Исхаков Баркамол Робиддинович – кандидат
медицинских наук, заместитель главного врача по хирургии
Наманганского филиала РНЦЭМП.
Тел.: +99891-360-22-03.

Исхаков Нурбек Баркамолович – врач-хирург
отделения трансплантологии РНЦЭМП.
E-mail: ishakovn@mail.ru

Робиддинов Шоҳбек Баркамолович – кардиолог
Наманганского филиала РНЦЭМП.
Тел.: +99899-9732147.

Робиддинов Жавохир Бахтиёрович – ФГАОУ ВО
«Казанский (Приволжский) федеральный университет».
Институт фундаментальной медицины и биологии,
хирург-ординатор.

Робиддинов Бехзод Сайдуллаевич – хирург
Наманганского филиала РНЦЭМП.
Тел.: +99893-4016576.

Поступила в редакцию: 25.11.2021

Author information

Abror Alijanov – MD, Director of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine. Namangan, Uzbekistan.

Barkamol Iskhakov – MD, PhD, Deputy Director of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine. Namangan, Uzbekistan.
Tel.: +99891-360-22-03.

Nurbek Iskhakov – doctor surgeon of the Department of Transplantology of Republican Research Center of Emergency Medicine.
E-mail: ishakovn@mail.ru

Shohbek Robiddinov – cardiologist of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine.

Javohir Robiddinov – Resident surgeon, Kazan (Volga Region) Federal University, Institute of Fundamental Medicine and Biology.

Bekhzod Robiddinov – doctor surgeon of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine, Namangan, Uzbekistan.

Received: 25.11.2021