

## ХРОНИЧЕСКОЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. ЛЕЙОМИОМА ТОЩЕЙ КИШКИ

Кротова Э.В., Морозов С.П., Зыков А.С., Насникова И.Ю.,  
Павленко И.А., Бадюл М.И.

**В** данной статье описано клиническое наблюдение пациентки Л. с лейомиомой тощей кишки, хроническим рецидивирующим кровотечением, а также рассмотрены причины, варианты клинической картины, осложнения, методики диагностики и методы лечения лейомиомы кишки.

ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УД Президента РФ  
г. Москва, Россия

**Ключевые слова:** лейомиома тощей кишки, МСКТ органов брюшной полости.

## CHRONIC RECURRENT INTESTINAL BLEEDING. JEJUNAL LEIOMYOMA

Krotova E.V., Morozov S.P., Zikov A.S., Nasnikova I.U.,  
Pavlenko I.A., Badul M.I.

**Т**his article describes clinical observation of patient with chronic recurrent bleeding, caused by jejunal leiomyoma, and also considers causes, clinical variants, complications, diagnostic methods and treatment for small intestine leiomyoma.

Central Clinical Hospital and Polyclinic of Affairs Management Department of President of Russian Federation Moscow, Russia

**Keywords:** small intestine leiomyoma, CT of abdomen.

**И**сточником развития лейомиомы могут быть гладкие мышцы внутренних органов (желудочно-кишечный тракт, бронхи, матка, яичники), стенок сосудов. Лейомиомы возникают в любом возрасте у лиц обоего пола, чаще в возрасте 30-50 лет.

Лейомиомы – стромальные опухоли, составляющие, по разным источникам, от 1% до 2% от всех новообразований желудочно-кишечного тракта.

В целом, стромальные опухоли встречаются в 60% случаев в желудке, в 30% случаев в тонкой кишке, и 10% – в остальных частях желудочно-кишечного тракта. В тонкой кишке: 50% случаев в тощей кишке, 25% в двенадцатиперстной и 25% в подвздошной кишке.

Тонкокишечная локализация лейомиом представляет определенные трудности в диагностике.

Мы хотим рассказать о клиническом случае обнаружения лейомиомы в тонкой кишке с помощью методики мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с внутривенным контрастным усилением и подготовкой кишечника (Фортранс 1-2 л за час до исследования).

### История болезни.

Пациентка 68 лет впервые почувствовала себя плохо 27.12. 2010 г., когда отметила появление черного стула, нарастающую слабость. Поступила 13.01. 2011 г. в реанимационное отделение в связи с ухудшением состояния. При поступлении – состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, чистые, сухие, респираторные показатели стабильные. Живот не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Ректально: на перчатке следы кала обычного цвета. Гемоглобин 69г/л, эритроциты 2.5 \*10<sup>10</sup> млрд/л. На момент поступления убедительные признаки продолжающегося кишечного кровотечения у пациентки не выявлены.

Пациентке начато проведение инфузионной, гемостатической терапии. Проводилась гемотрансфузия эритроцитарной массы. При эзофагогастродуоденоскопии: очаговый эрозивный дистальный гастрит без геморрагического компонента. После многократной подготовки дюфалаком и фортрансом выполнена колоноскопия, при которой диагностированы хронический колит, дискинезия толстой кишки, долихосигма. На момент осмотра признаков и источников кровотечения не выявлено.

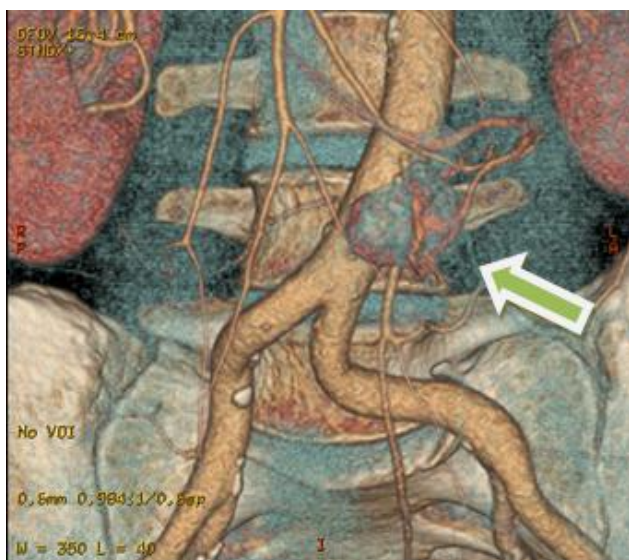


Рис. 1,а

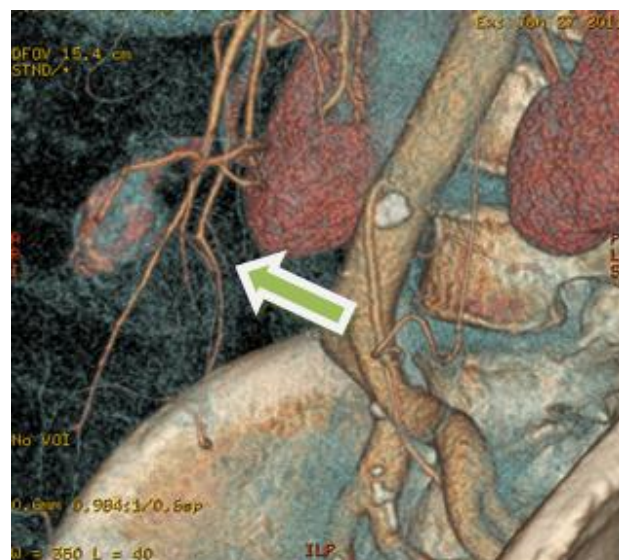


Рис. 1,б

**Рис. 1. МСКТ. Трехмерная реконструкция.**

Демонстрирующая гиперваскулярное образование на уровне среднего этажа брюшной полости в мезогастрии.

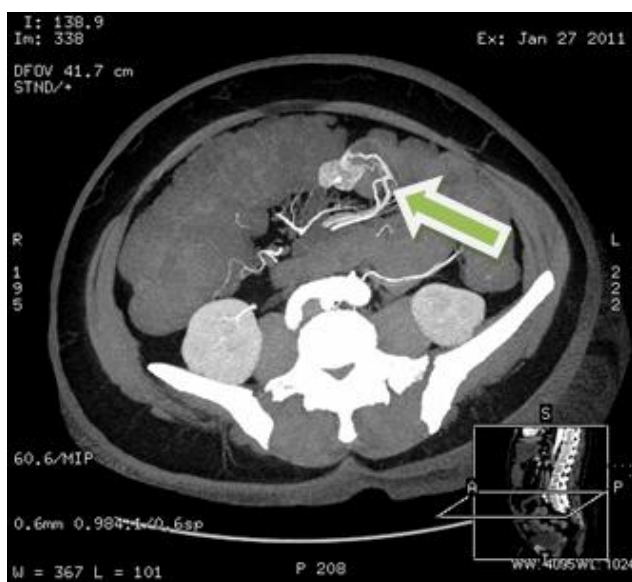


Рис. 2,а



Рис. 2,б

**Рис. 2. МСКТ с внутривенным контрастным усилением (артериальная фаза) органов брюшной полости.**

На аксиальных (а) и фронтальных (б) реконструкциях – гиперваскулярное образование в проекции петель тонкой кишки.

На фоне проводимой терапии состояние пациентки улучшилось. Переведена из реанимационного в хирургическое отделение. Продолжено проведение вышеуказанной терапии в прежнем объеме, нормализовались показатели крови. Выполнена МСКТ органов брюшной полости 27.01. 2011 г. с предварительной подготовкой (Фортранс 1,5л за 1 час до исследования) и с внутривенным контрастным усилением (Йогексол 350-100 мл), при которой на уровне

тела L4 позвонка, ближе к передней брюшной стенке, выявлено экзофитное объемное образование с бугристыми контурами и кальцинированным включением, размерами 22x31x22 мм, исходящее из задней стенки тощей кишки, активно накапливающее контрастный препарат преимущественно по периферии. Просвет кишки представляется неравномерно суженным максимально до 5мм. С левой стороны к новообразованию подходит выраженная сосудистая



Рис. 3,а



Рис. 3,б

**Рис. 3. МСКТ тонкой кишки.**

(а) После негативного перорального и позитивного внутривенного контрастного усиления, демонстрирующая экзофитную гиперваскулярную опухоль тонкой кишки. (б) Макропрепарат резецированной части кишки.

сеть ветвей верхней брыжеечной артерии. Данное образование расценено как опухоль тощей кишки, которая явилась источником кишечного кровотечения.

На основании данных МСКТ пациентка оперирована: выполнена резекция тощей кишки с опухолевидным образованием и анастомозом тонкой кишки «бок в бок». При гистологическом исследовании опухоль тонкой кишки имеет строение лейомиомы с глубоким изъязвлением.

Течение послеоперационного периода гладкое.

**Обсуждение.**

Дифференциальный диагноз лейомиом производят с лейомиосаркомами. Лейомиосаркомы относятся к стромальным новообразованиям. Распространенность лейомиосарком 1,4 случая на 100.000 населения. По разным данным доброкачественные гладкомышечные образования тонкого кишечника встречается в 2-3 раза чаще, чем саркомы. Лейомиосаркомы тощей кишки составляют от 1% до 10% от всех злокачественных образований желудочно-кишечного тракта. Протекает крайне злокачественно: обычно возникают ранние гематогенные метастазы, но рецидивы после удаления редки.

Возникновение лейомиосарком вследствие озлокачествления зрелых опухолей в большинстве случаев не наблюдается, однако возможны исключения (около 2% случаев).

Клинические проявления доброкачественных и злокачественных гладкомышечных опухолей очень сходны и мало отличаются друг

от друга. Для этих образований характерен следующий симптомокомплекс: болевой синдром (не всегда), мелена, чувство дискомфорта, запор, тошнота, рвота, раннее насыщение, возможна кишечная непроходимость. Таким образом, клинические признаки этих опухолей также мало отличаются от клинических проявлений доброкачественных и злокачественных образований тонкой кишки.

При трансабдоминальном ультразвуковом исследовании лейомиомы имеют характеристики объемного образования брюшной полости интестинальной локализации.

Рентгеноскопия с барием: центральный или краевой дефект наполнения с маловыраженным внутрипросветным компонентом, округлой формы.

МСКТ признаки лейомиомы: центральный или краевой дефект с маловыраженным внутрипросветным компонентом, округлой формы с четкими границами, слизистая оболочка над образованием не изменена.

Рентгеноскопические и МСКТ признаки лейомиосарком: большой размер (более 10 см), резкий переход контура дефекта наполнения в неизмененные отделы кишки, неровность контура дефекта наполнения, признаки прорастания в слизистую оболочку кишки, что проявляется обрывом складок, инфильтрирующий рост в окружающие ткани, возможны признаки геморрагий и некроза самой опухоли.

**Заключение.**

1. Лейомиома тонкой кишки – одна из редких причин желудочно-кишечного кровотечения, требующая хирургического лечения. Острые

кровотечения тонкого кишечника встречаются в 0,15% случаев при лейомиоме.

2. Точность рентгенологической диагностики лейомиом с пассажем бария низкая (менее 1%).
3. Компьютерная томография с внутривенным контрастным усилением и подготовкой кишечника (Фортранс 1-2 л за час до исследования)

**Список литературы:**

1. Куликов В.В., Гржимоловский А.В. Опухоли тонкой кишки // Хирургия. 2008. № 5. С. 65.
2. Стромальные опухоли желудочно-кишечного тракта (GIST): Клиническая монография. Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2006.
3. Crosby J.A., Catton C.N., Davis A., et al. Malignant gastrointestinal stromal tumors of the small intestine: a review of 50 cases from a prospective database // Ann. Surg. Oncol. 2001. Vol. 8. № 1. P. 50-59.
4. Носов Д.А. Гастроинтестинальные стромальные опухоли:

является эффективным методом диагностики гиперваскулярных опухолей.

4. Выявленный характер кровоснабжения образования, позволяет предупредить операционные осложнения и разработать тактику органосохраняющей операции.

ли: новая нозологическая единица и современные возможности лечения VII Российская онкологическая конференция. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва. 2003.

5. Ashley S.W., Wells S.A. Jr. Tumors of the small intestine // Semin. Oncol. 1988. Vol. 15. № 2. P. 116-128.
6. Minardi A.J. Jr., Zibari G.B., Aultman D.F., et al. Small-bowel tumors // J. Am. Coll. Surg. 1998. Vol. 186. № 6. P. 664-668.
7. Braasch J.W., Denbo H.E. Tumors of the small intestine // Surg. Clin. North. Am. 1964. Vol. 44. P. 791-809.