



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019
УДК 616.341-006.885

Забелин М.В. (*maximzabelin@mail.ru*)¹, **Погосов Н.В.**², **Крайнюков П.Е.**², **Скоробогатов В.М.**², **Ким Д.Ю.**², **Сафонов А.С.**¹ — Гастроинтестинальная стромальная опухоль тонкой кишки (клиническое наблюдение).

¹Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И.Бурназяна ФМБА России, Москва;
²ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка» МО РФ, Москва

Представлены материалы клинического наблюдения случая гастроинтестинальной стромальной опухоли тонкой кишки и комбинированного лечения при данной патологии. Пациентка М., возраст 71 год, в течение 1,5 мес до поступления проходила лечение по поводу железодефицитной анемии тяжелой степени. По данным МРТ органов малого таза, в проекции правого яичника определялось объемное кистозно-солидное новообразование. После клинического обследования пациентки принято решение выполнить оперативное вмешательство лапароскопически ассистированным доступом. Интраоперационно в брюшной полости определялась опухоль тонкой кишки без инвазии в соседние органы и ткани. Участок кишки с опухолью после мобилизации выведен наружу, резецирован на протяжении, сформирован аппаратный тонко-тонкокишечный анастомоз по типу «бок-в-бок». На 7-е сутки выписана в удовлетворительном состоянии. По месту жительства пациентке проводилась таргетная терапия: в течение 6 мес получала иматиниб в дозировке 400 мг/сут. На основании опыта хирургического лечения 67 пациентов с подобной патологией сделан вывод, что применение лапароскопических технологий позволяет уменьшить интраоперационную травму, добиться ранней активизации пациентов, минимизировать койко-день и способствует достижению хороших онкологических результатов лечения.

К л ю ч е в ы е с л о в а: гастроинтестинальная стромальная опухоль тонкой кишки, оперативное лечение, таргетная терапия.

Zabelin M.V., Pogosov N.V., Krainyukov P.E., Skorobogatov V.M., Kim D.Yu., Safonov A.S. — Gastrointestinal stromal tumor of the small intestine (clinical observation). Materials of clinical observation of the case of gastrointestinal stromal tumor of the small intestine and the combined treatment in this pathology are presented. Patient M., aged 71 years, was treated for severe iron deficiency anemia for 1.5 months before admission. According to MRI of the pelvic organs in the projection of the right ovary a volumetric cystic-solid neoplasm was determined. After a clinical examination of the patient, it was decided to perform surgery with laparoscopically assisted access. Intraoperatively, a tumor of the small intestine was determined in the abdominal cavity without invasion into adjacent organs and tissues. The area of the intestine with a tumor after mobilization is brought out, resected over, a hardware small-intestinal anastomosis of the «side-to-side» type is formed. On the 7th day was discharged in satisfactory condition. At the place of residence, the patient underwent targeted therapy: for 6 months she received imatinib at a dosage of 400 mg/day. Based on the experience of surgical treatment of 67 patients with similar pathology, it was concluded that the use of laparoscopic technology allows to reduce intraoperative trauma, achieve early activation of patients, minimize bed-time and contribute to the achievement of good oncological treatment results.

K e y w o r d s: gastrointestinal stromal tumor of the small intestine, surgical treatment, targeted therapy.

Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) в последнее время вызывают наибольший интерес исследователей в ряду опухолей желудочно-кишечного тракта мезенхимального происхождения. По данным статистики, ежегодная заболеваемость ими в России составляет 14 случаев на 1 млн населения, или в среднем около 2000 больных в год (Никулин М.П., Стилиди И.С., 2009). ГИСО могут развиваться в любом отделе желудочно-кишечного тракта, но наиболее часто встречаются в желудке и тонкой кишке (Laurini J.A., Carter J.A., 2010).

В мировой литературе большое количество публикаций посвящено диагностике заболевания и лечению данной категории больных. Несмотря на значительный объем материалов исследований, ряд вопросов остаются недостаточно освещенными. Отсутствие специфической клинической картины значи-

тельно усложняет диагностику, что определяет актуальность дальнейшей разработки проблемы ГИСО (Patil D.T., Rubin D.P., 2011).

Основным методом лечения больных этой категории признан хирургический. Однако отсутствует единая концепция лечебной тактики, имеется много спорных вопросов, связанных с выбором оптимального характера и объема хирургического вмешательства при локализованных и местнораспространенных формах ГИСО. Несмотря на радикальное лечение их местнораспространенных форм, частота рецидивов приближается к 35%, остается актуальной проблема комплексного подхода к лечению таких больных. В последнее время отмечается тенденция к проведению органосберегающих операций. При этом в связи с ростом миниинвазивных методов хирургического лечения остается неустоановленной их роль в лечении этой группы больных.

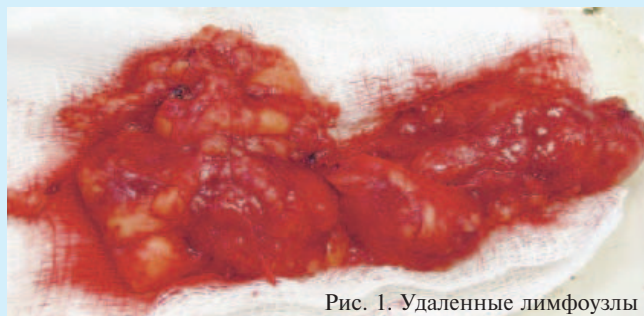


Рис. 1. Удаленные лимфоузлы

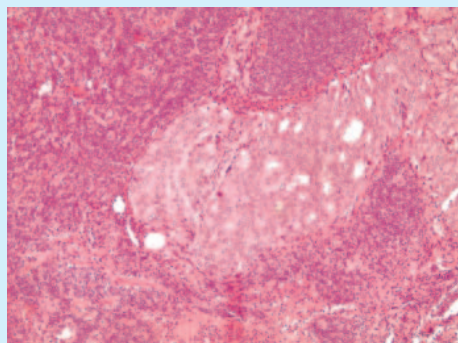


Рис. 3. Метастаз ацинарной аденокарциномы предстательной железы в ткань лимфатического узла. Гематоксин-эозин. Увел. $\times 10$

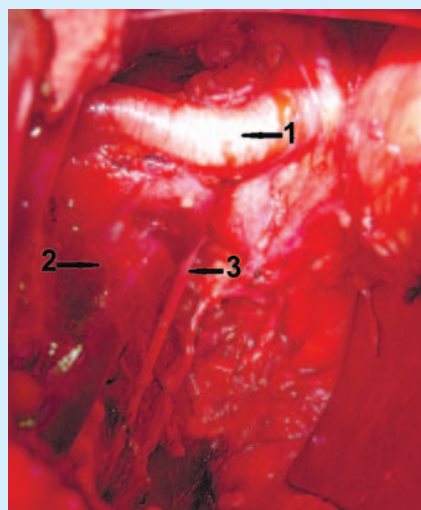


Рис. 2. Тазовая лимфаденэктомия. Пациент А., 60 лет. 1 — наружная подвздошная артерия; 2 — наружная подвздошная вена; 3 — запираательный нерв

Рис. 5. МРТ органов малого таза с контрастным усилением. Пациент А., 62 года. Через 2 года после операции

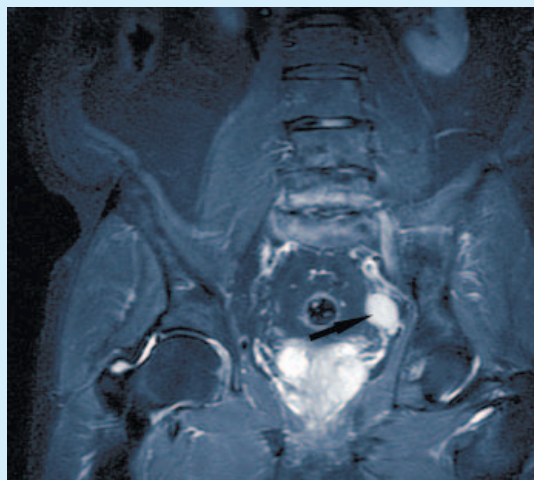


Рис. 4. МРТ органов малого таза с контрастным усилением. Пациент А., 60 лет. Увеличенный лимфоузел (указан стрелкой) левой подвздошной области (до операции)

К статье: Шершнев С.П., Рейнюк О.Л., Савилов А.В., Левковский А.Н., Крайнюков П.Е., Бабский В.И., Маканин М.А. — Эффективность тазовой лимфаденэктомии в лечении рака предстательной железы



Рис. 2. Интраоперационное фото. Участок тонкой кишки с опухолью



Рис. 3. Участок кишки с опухолью выведен наружу

К статье: Забелин М.В., Погосов Н.В., Крайнюков П.Е., Скоробогатов В.М., Ким Д.Ю., Сафонов А.С. — Гастроинтестинальная стромальная опухоль тонкой кишки (клиническое наблюдение)

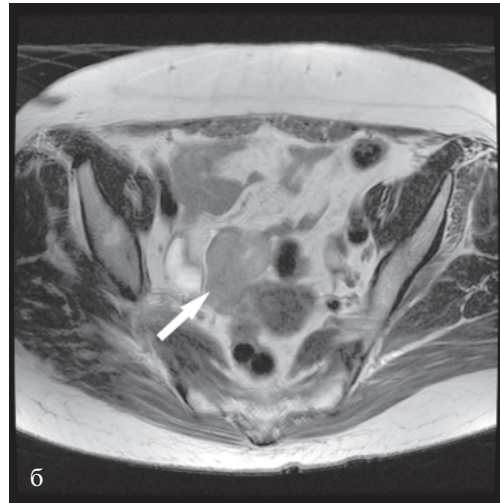


Рис. 1а, 1б. МРТ органов малого таза с внутривенным усилением: новообразование (стрелки)

Изложенное побуждает представить материалы клинического наблюдения комбинированного лечения пациентки с ГИСО тонкой кишки.

Пациентка М., 71 год, госпитализирована в плановом порядке с жалобами на общую слабость, периодическое появление черного стула. Эти проявления болезни беспокоят ее более 3 мес. В течение 1,5 мес до поступления проходила лечение по поводу железодефицитной анемии тяжелой степени (Hb — 73 г/л). При эндоскопическом обследовании кровотечения и новообразований не выявлено. По данным МРТ органов малого таза, в проекции правого яичника определяется объемное кистозно-солидное новообразование общим размером 60х37х58 мм, вытянутой продолговатой формы, которое стелется по круглой связке матки с распространением в сторону правого ребра матки (интимно прилежит). Образование накладывается на петли тонкой кишки с МР-признаками инфильтративного роста. При контрастном усилении отмечается патологическое диффузное накопление контрастного вещества (рис. 1а, 1б). На основании данных МРТ следует проводить дифференциальную диагностику между опухолью яичника с инвазией в тонкую кишку и опухолью тонкой кишки.

При поступлении состояние больной относительно удовлетворительное. Обращает на себя внимание бледность кожных покровов и склер. Живот симметричный, правильной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации безболезненный. В гипогастрии справа определяется объемное подвижное образование до 5 см в диаметре. Перитонеальных симптомов нет. При мануальном вагинальном исследовании — по правой стенке

в проекции правого яичника пальпируется объемное образование, подвижное, безболезненное. При ректальном исследовании — на высоте пальца патологических образований не определяется, на перчатке следы кала черного цвета.

Пациентка обсуждена на онкологическом консилиуме. Принято решение выполнить оперативное вмешательство в плановом порядке лапароскопически-ассистированным доступом, от биопсии решено воздержаться (из-за подвижности и труднодоступности новообразования). Проведена предоперационная подготовка.

Интраоперационно: в брюшной полости определяется опухоль тонкой кишки — бугристая, неправильной формы, размерами 60х40х60 мм, без инвазии в соседние органы и ткани (рис. 2)*.

При дальнейшей ревизии данных за наличие отдаленных метастазов и лимфаденопатию не выявлено. После мобилизации участка подвздошной кишки выполнен доступ по Пфанненштилю длиной до 4 см.

Участок кишки с опухолью выведен наружу (рис. 3), резецирован на протяжении 45 см (отступая от краев опухоли по 20 см в обоих направлениях). Проксимальный и дистальный концы кишки заглужены, сформирован аппаратный тонко-тонкокишечный анастомоз по типу «бок-в-бок». Кишка с анастомозом погружена в брюшную полость. Установлен дренаж в малый таз. Брюшная полость ушита послойно, на рану наложен косметический шов.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж удален через сутки. Боль-

* Рисунки 2 и 3 см. на с. 4 вклейки номера.



ная активизирована на 1-е сутки, переведена на диету «0» на 2-е сутки. На 7-е сутки выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдением онколога по месту жительства.

Результаты гистологического исследования: мезенхимальная опухоль веретенноклеточного строения с умеренно выраженным клеточным и ядерным полиморфизмом, низкой митотической активностью. Опухоль прорастает все слои стенки кишки с изъязвлением слизистой оболочки, очаговым некрозом. В краях резекции кишки опухолевого роста не обнаружено. Гистологическая картина, наиболее вероятно, соответствует ГИСО тонкой кишки.

Иммуно-гистохимическое исследование: морфологическая картина и иммунофенотип свидетельствуют о наличии ГИСО (резкопозитивная экспрессия DOG-1, CD-117+++). Реакция CD-34 — только в единичных клетках, Ki 67 — 5%, отмечается отрицательная реакция с кальдесмоном, позитивная с актином.

© В.М.СКОРОБОГАТОВ, Д.Ш.САЛИМОВ
УДК 616.24-001.45-089

Скоробогатов В.М. (skvasilij@gmail.ru), Салимов Д.Ш. — Опыт выполнения симультанной операции при огнестрельном ранении грудной клетки.

ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка» МО РФ, Москва

Описан клинический случай огнестрельного ранения грудной клетки у рядового по призыву. При поступлении диагностировано огнестрельное (пулевое) слепое проникающее ранение левой половины груди, закрытая травма живота. На основании данных рентгенографии и компьютерной томографии установлено сочетанное повреждение груди и живота; пулевое слепое проникающее ранение левой половины груди с инородным телом S9 легкого; закрытая травма живота с повреждением селезенки 2 степени. По заключению консилиума больному была показана плановая симультанная операция в объеме лапаротомии, спленэктомии, ревизии левого купола диафрагмы, торакоскопической резекции S9 левого легкого с инородным телом (пулей). На первом этапе операции выполнена срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости и левого купола диафрагмы. Проведен адгезиолизис, эвакуация поддиафрагмальной гематомы, типичная спленэктомия, дренирование левого поддиафрагмального пространства. На втором этапе после торакоскопической ревизии органов левого гемиторакса при помощи эндоскопического степлера выполнена атипичная резекция IX сегмента легкого с инородным телом. Послеоперационный период протекал без осложнений. Данный клинический случай показывает возможность выполнения плановой симультанной операции («лапаротомия–торакоскопия») в ранние сроки после огнестрельного ранения легкого.

К л ю ч е в ы е с л о в а: огнестрельное ранение грудной клетки, закрытая травма живота, симультанная операция.

Skorobogatov V.M., Salimov D.Sh. — Experience in performing a simultaneous operation in the case of gunshot wound to the chest. A clinical case of a chest gunshot wound in a private conscript is described. On admission, a gunshot (bullet) blind penetrating wound of the left half of the chest, a closed injury of the abdomen was diagnosed. Based on radiography and computed tomography data, combined damage to the chest and abdomen was established; bullet blind penetrating wound of the left half of the chest with a foreign body S9 lung; closed injury of the abdomen with damage to the spleen 2 degrees. According to the conclusion of the consultation, the patient was shown a planned simultaneous operation in the volume of laparotomy, splenectomy, revision of the left dome of the diaphragm, thoracoscopic resection of the S9 left lung with a foreign body (bullet). At the first stage of the operation, median laparotomy was performed, revision of the abdominal organs and the left diaphragm dome. Adhesiolysis, evacuation of the subphrenic hematoma, typical splenectomy, drainage of the left subdiaphragmatic space were performed. At the second stage, after a thoracoscopic revision of the organs of the left hemithorax, an atypical resection of the IX segment of the lung with a foreign body was performed using an endoscopic stapler. The postoperative period was uneventful. This clinical case shows the possibility of performing a planned simultaneous operation («laparotomy–thoracoscopy») in the early periods after a gunshot wound to the lung.

К е у в о р д: chest gunshot wound, closed abdominal trauma, simultaneous operation.