

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ



УДК 616–007.21:616.345–007.44:616.348–006.6

ТОЛСТО–ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ ИНВАГИНАЦИЯ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ СТРОМАЛЬНОЙ ОПУХОЛЬЮ ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, У БОЛЬНОЙ С ГИПОФИЗАРНЫМ НАНИЗМОМ

И. П. Ерکو, В. В. Василичук, А. А. Молошок, И. Д. Саргош

Черниговский областной онкологический диспансер,

Черниговская областная больница,

Черниговское областное патологоанатомическое бюро

LARGE INTESTINE TO LARGE INTESTINE INVAGINATION, CAUSED BY GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR OF TRANSVERSE COLON IN A WOMAN PATIENT, SUFFERING HYPOPHYSIAL NANISM

I. P. Yerko, V. V. Vasilinbuk, A. A. Molosbok, I. D. Sargosh

Гастроинтестинальная стромальная опухоль (GIST) как самостоятельная нозологическая единица выделена в 1998 г. GIST – это наиболее распространенная мезенхимальная опухоль пищеварительного канала (ПК), растущая из клеток Кахаля. Только данные иммуногистохимического исследования позволяют дифференцировать эту опухоль от других неэпителиальных опухолей ПК. Для GIST характерны положительные реакции с маркерами CD 117, CD 34, гладкомышечным актином, десмином, S 100. Выявление CD 117 – "золотой стандарт" в диагностике GIST. Возможности таргетной терапии с применением Гливека (Иматиниб) изменили тактику лечения больных. Однако предпочтительным вариантом лечения считают радикальное хирургическое удаление первичной опухоли.

С 2007 по 2011 г. в Черниговском областном онкологическом диспансере по поводу GIST лечили 23 больных. Во всех наблюдениях диагноз верифицирован по данным иммуногистохимического исследования. У 2 пациентов GIST была случайной находкой во время выполнения оперативных вмешательств по поводу других заболеваний. GIST локализовалась в желудке у 15 больных, тонком кишечнике – у 5, прямой кишке – у 2, ободочной кишке – у 1. Диаметр GIST от 3,5 до 35 см. У 2 больных обнаружены метастазы в сальнике и париетальной брюшине. Клиновидная резекция желудка выполнена у 9 больных, проксимальная резекция желудка с использованием абдоминального доступа – у 2, торакоабдоминального – у 1, дистальная субтотальная резекция желудка – у 2, гаст-

рэктомия – у 1, резекция отрезка тонкой кишки – у 5, брюшноанальная резекция прямой кишки – у 2, резекция поперечной ободочной кишки – у 1. Приводим наблюдение толсто–толстокишечной инвагинации, обусловленной GIST поперечной ободочной кишки, у больной с гипофизарным нанизмом, задержкой физического и полового развития.

Больная А., 18 лет, рост 134 см, масса тела 23 кг, с клиническими признаками гипофизарного нанизма, задержкой физического и полового развития, госпитализирована 27.12.11 в гематологическое отделение для обследования по поводу анемии тяжелой степени. Жаловалась на слабость, боль в животе, тошноту, рвоту, жидкий стул до 3 раз в сутки, неотхождение газов, головокружение. Ухудшение состояния отмечала в течение 2 мес. При поступлении отмечены слабость, бледность кожи и слизистых оболочек. В легких везикулярное дыхание, проводится симметрично, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, АД 17,3/10,7 кПа (130/80 мм рт. ст.). Живот не вздут, мягкий, в левой паховой области ближе к лобку пальпируется образование размерами 10 × 5 см, подвижное. Перистальтика кишечника не нарушена. Дизурических явлений нет. Анализ крови: эр. $2,9 \times 10^{12}$ в 1 л, Hb 60 г/л, л. 11×10^9 в 1 л, п. 0,13, сегм. 0,71, эоз. 0,01, лимф. 0,14, мон. 0,01, тр. 190×10^9 в 1 л, СОЭ 16 мм/ч. В анализе мочи и при биохимическом исследовании крови патологические изменения не выявлены. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости признаки непроходимости кишечника не обнаружены. По данным компьютерной томографии органов

брюшной полости в нисходящей ободочной кишке выявлен инвагинат на участке длиной 15 см. В других органах брюшной полости патологические изменения не выявлены. С диагнозом: инвагинация толстой кишки, вторичная анемия тяжелой степени больная переведена в проктологическое отделение.

28.12.11 под общим обезболиванием проведена колонофиброскопия. В поперечной ободочной кишке обнаружена кровоточащая опухоль синюшной окраски, диаметром 4 см с инфильтрацией стенки кишки, что было причиной толсто—толстокишечной инвагинации. Произведены дезинвагинация и декомпрессия толстого кишечника. Диагноз: опухоль поперечной ободочной кишки с толсто—толстокишечной инвагинацией, частичная непроходимость толстой кишки. До операции проведена коррекция анемии.

30.12.11 в плановом порядке выполнена лапаротомия. При ревизии брюшной полости обнаружено незначительное количество серозной жидкости, отечность стенки и брыжейки толстой кишки. Признаки перитонита, непроходимости кишечника и метастазы не обнаружены. Выполнена резекция поперечной ободочной кишки с опухолью и частью большого сальника, сформирован толсто—толстокишечный анастомоз конец в конец. Операция завершена дренированием брюшной полости.

По данным морфологического исследования в стенке толстой кишки на широком основании экзофитное, полипоподобное, серое, рыхлое образование, инфильтрирующее все оболочки стенки кишки, с изъязвлением диаметром 7,6 см. Гистологическое и иммуногистохимическое исследование: веретенклеточный вариант GIST с эндофитным характером роста, инвазией всех оболочек стенки кишки, CD 117 +++. Риск рецидива GIST (по Н. Joensuu) средний (диаметр опухоли 7,6 см, митотический индекс 6). В удовлетворительном состоянии пациентка выписана на 20—е сутки после операции для диспансерного наблюдения онколога по месту жительства.

Таким образом, причиной толсто—толстокишечной инвагинации явилась GIST поперечной ободочной кишки, сопровождавшаяся вторичной анемией тяжелой степени вследствие изъязвления опухоли и кровотечения из нее. По данным компьютерной томографии органов брюшной полости диагностирована инвагинация. Проведение колонофиброскопии под общей анестезией позволило обнаружить опухоль в поперечной ободочной кишке, выполнить дезинвагинацию, устранить частичную непроходимость толстой кишки, что обеспечило возможность выполнения оперативного вмешательства в плановом порядке после коррекции анемии.

