

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ СТРОМАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ, ПРИВЕДШИЙ К ИНВАГИНАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Роман Викторович Мяконький¹✉, Кирилл Олегович Каплунов²,
Сергей Иванович Краюшкин³

¹ Волгоградская областная клиническая больница № 3, Волгоград, Россия

^{2,3} Волгоградский государственный медицинский университет, Россия, Волгоград
кафедра педиатрии и неонатологии Института НФМО
кафедра амбулаторной и скорой медицинской помощи

¹ ✉ mrv_komissar@mail.ru

² kkaplunovtmss@yandex.ru

³ 89275285050@mail.ru

Аннотация. Представлено описание случая из личной практики с отражением комплексной оценки результатов клинко-эпидемиологических, лабораторных и инструментальных методов исследований пациентки с GIST, диагностированной интраоперационно. Авторами предложено название визуальной рентгенологической картины при изъязвлении GIST – симптом некротической чаши. Описаны обоснования и особенности выбора хирургической тактики лечения пациентов с локализацией GIST в тонкой кишке.

Относительно редкая встречаемость GIST в практике хирурга неонкологического профиля представляет не только интраоперационные тактические трудности, но и проблемы в правильности верификации диагноза, а также подготовке рекомендаций на амбулаторный этап лечения, которые сводятся в основном к направлению больного в онкологический диспансер.

Ключевые слова: гастроинтестинальная стромальная опухоль (GIST), острая кишечная непроходимость, инвагинация кишечника у взрослых, рентгенологический симптом некротической чаши

Описание редких и казуистических случаев из практики ургентной и плановой хирургии, является важным направлением, позволяющим не только повышать образовательный и профессиональный уровень специалистов хирургических специальностей, но и вместе с этим в некотором смысле профилировать совершение ятрогенных тактических ошибок. Редкая патология трудно поддается статистическому анализу в связи с отсутствием достаточной ее фиксации в литературе и, следовательно, невозможностью осуществить валидную выборку. Указанному вектору научного поиска нами, как представителями волгоградской медицинской школы, уделяется особое внимание, поскольку мы убеждены, что именно анализ редких клинических ситуаций позволяет существенно снизить уровень гипоскилли (от лат. *huro* – ниже нормы и англ. *skill* – мастерство, сноровка, ис-

кусство) в профессиональной среде. Существенным вкладом в данном направлении стал выход в 2018 г. монографии В. И. Бессарабова «Редкие и казуистические случаи в хирургии. Врачебные ошибки».

По сводным отечественным данным, частота острой кишечной непроходимости (ОКН) составляет порядка 5 случаев на 100 тыс. населения, при этом в абсолютных цифрах ОКН по летальности занимает 1–2-е место среди всех острых неотложных состояний в абдоминальной хирургии.

Кишечная непроходимость опухолевого генеза – синдром, характеризующийся нарушением продвижения содержимого по желудочно-кишечному тракту (ЖКТ) и обусловленный механическим препятствием, которым зачастую является злокачественное или доброкачественное новообразование кишечника. Рассматривая ОКН, как осложнение онкологического процесса,

зачастую речь идет об опухолях, локализуемых в толстой кишке.

Опухоли тонкой кишки – редкая патология, среди которой доброкачественные новообразования выявляются в 3–6 %, а злокачественные не более чем в 1 % случаев от всех опухолей ЖКТ [1].

Взяв во внимание то обстоятельство, что около 90 % площади слизистой оболочки ЖКТ приходится на тонкую кишку, злокачественные опухоли данной локализации составляют 1,1–2,4 % всех онкологических процессов ЖКТ.

Относительную редкость онкологии в тонкой кишке принято связывать со следующими факторами:

- разбавление канцерогенов, поступающих из окружающей среды, в жидком химусе, находящемся в просвете тонкого кишечника;
- быстрый транзит химуса, ограничивающий время контакта между канцерогенами и слизистой оболочкой кишечника;
- относительно низкая микробная нагрузка в химусе тонкой кишки, а, следовательно, и низкая концентрация продуктов метаболизма микроорганизмов;
- защита слизистой оболочки секреторным иммуноглобулином А, гидролазами, бензпиренгидроксилазой, которые в совокупности суммарного воздействия приводят к снижению активности канцерогенов в просвете кишки;
- эффективные апоптозные механизмы эпителия, направленные на уничтожение клеток с генетическими мутациями.

Инвагинационный характер ОКН, как правило, характерен для ургентной хирургии детского возраста, у взрослых острая инвагинация

кишечника составляет 2–3 % больных с непроходимостью кишечника.

Внедрение одного участка кишечника в другой (инвагинация) с развитием нарушения пассажа, в подавляющем числе случаев описывается как заболевание грудных детей, среди факторов риска выделяют: нерациональное введение прикорма, вирусные кишечные инфекции, наличие препятствия в кишечнике в виде воспалительного процесса, опухоли, инородного тела.

Гастроинтестинальная стромальная опухоль (gastrointestinal stromal tumor, англ. GIST, МКБ-10: С26.9) – мезенхимальное новообразование ЖКТ (занимает промежуточное положение между доброкачественными и злокачественными опухолями), по своей гистологической структуре делится на веретенноклеточную (70 %), эпителиоидную (20 %) и смешанную форму (10 %). Истинная частота GIST до конца не ясна, в основном заболевание имеет спорадический характер, является относительно редкой опухолью и составляет от 1 до 3 % от общего числа злокачественных опухолей ЖКТ, но 80 % от сарком данной локализации и 5 % сарком мягких тканей. Менее чем 5 % GIST развиваются в рамках наследственных семейных или идиопатических мультиопухолевых синдромов [2–4].

GIST представляет собой внутрисстеночный (подслизистый) узел, который вдаётся в просвет органа (склонный к экзофитному, экстраорганному росту). Может развиваться в любом отделе пищеварительного тракта, но с разной частотой: пищевод – 2 %, желудок – 60–70 %; тонкая кишка – 20–25 % (рис. 1); толстая кишка – 8 %; прямая кишка – 5 %. Вне ЖКТ, например, в брыжейке или сальнике GIST встречается менее чем в 2 % [4–6].

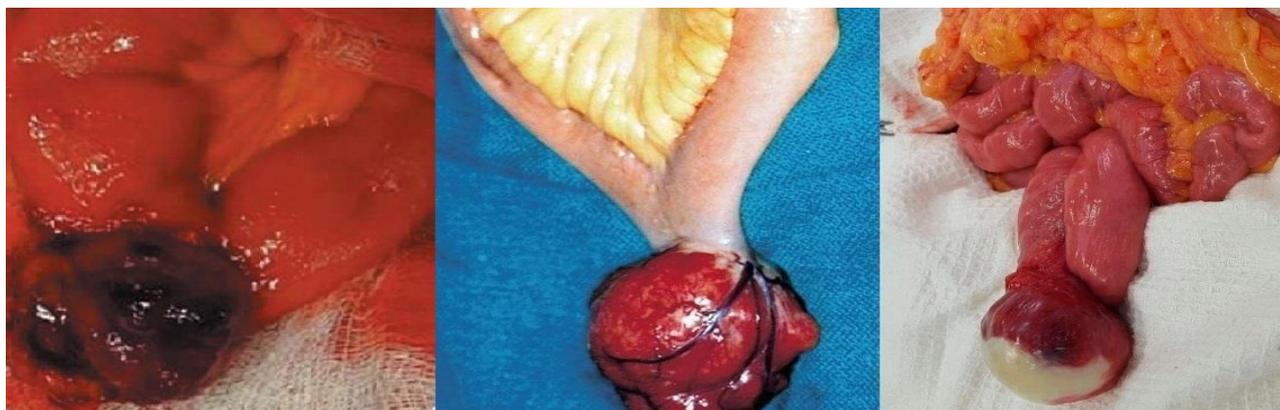


Рис. 1. Опухоль GIST

Ежегодно в мире выявляется 10–40 : 1 000 000 новых случаев GIST, при этом самая высокая заболеваемость регистрируется в возрасте 50–60 лет – более 75 %, гендерная принадлежность в отношении частоты заболеваемости остается дискутабельной, одни авторы указывают на более частую заболеваемость среди мужчин, другие склоняются к тому, что частота заболеваемости не зависит от пола.

По данным американских авторов, в США ежегодно регистрируется около 5 000–6 000 новых случаев этого заболевания. В последние два десятилетия заболеваемость в странах Европы и Северной Америки выросла в 2–3 раза. Точные данные заболеваемости GIST по Российской Федерации в настоящее время отсутствуют, расчетная экспертная частота возникновения составляет 2 000–2 500 случаев в год [1, 7].

GIST, как причина инвагинационной тонкокишечной ОКН, является казуистикой, поскольку подобные крупные опухоли обычно растут, преимущественно снаружи (рис. 1, фото 1), из стенки органа, пока их объем не превысит их кровоснабжение, после чего в толще опухоли развивается некротическая полость, которая может явиться причиной формирования соустья с полостью органа и/или внутрикишечного или внутрибрюшного кровотечения [6, 8, 9].

Методика исследования

Представлено описание случая из личной практики с отражением комплексной оценки результатов клинико-эпидемиологических, лабораторных и инструментальных методов исследований пациентки с GIST, введено в клиническую терминологию название визуальной рентгенологической картины при изъязвлении GIST – симптом некротической чаши, описаны особенности выбора и обоснования хирургической тактики.

Описание клинического случая

В хирургическое отделение Волгоградской областной клинической больницы № 3, являющейся клинической базой Волгоградского государственного медицинского университета, в срочном порядке каретой скорой медицинской помощи в марте 2022 г. была доставлена пациентка Р. 1942 г. р. с диагнозом: Острый аппендицит? На момент поступления больная предъ-

являла жалобы на умеренную боль в правых боковых отделах живота, вздутие живота, общую слабость. При поступлении общее состояние расценено как средней степени тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Склеры белые. Тошноты, рвоты нет. Температура тела 36,6 °С. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. SpO₂ – 97 %. АД – 130/80 мм рт. ст. Пульс – 82 в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Живот симметричный, равномерно участвует в дыхании, подвздут, болезненный в правых боковых отделах, с максимальной болезненностью в правой подвздошной области, здесь же нечетко пальпируется инфильтрат (аппендикулярного происхождения?). Симптомов раздражения брюшины не выявлено.

С диагностической целью назначено и проведено рутинное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, которое позволило выявить следующие изменения: повышение уровня мочевины крови – 13,8 ммоль/л; лейкоцитоз – до $16,3 \times 10^9$ л в гемограмме; незначительное повышение уровня фибриногена – 7,92 г/л и трасаминаз: АлАт – 38 Е/л, АсАт – 51,1 Е/л; повышение С-реактивного белка – 50,31 мг/л. Указанные изменения характеризуют наличие системной воспалительной реакции и интоксикационного синдрома. Остальные биохимические показатели крови и общего клинического анализа мочи (ОАМ) – без отклонения от нормальных показателей. У пациентки выявлена А (II) положительная группа крови, что может иметь значение при изучении частоты встречаемости или особенностей течения GIST в зависимости от групповой принадлежности.

Пациентка осмотрена терапевтом и гинекологом, выявлены сопутствующие заболевания: Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Стенокардия напряжения, функциональный класс (ФК) 2–3 (клинически). Гипертоническая болезнь (ГБ) III ст. Артериальная гипертензия (АГ) 3 ст., риск 4. Мочекаменная болезнь (по анамнезу). Нарушение пуринового обмена – подагра. Опушение стенок влагалища. Учитывая наличие абдоминального синдрома, выполнено:

✓ обзорная рентгенография брюшной полости (рис. 2) – выявлены чаши Клойбера в тонкой кишке;



Рис. 2. Обзорная рентгенография
ОБП – чаши Клойбера

✓ ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП) – выявлена гепатомегалия, асцит, диффузные изменения в печени и поджелудочной железе, кисты обеих почек, расширение петель тонкой кишки с «мятниково-образным» движением содержимого, при этом нельзя было исключить наличие «видоизмененного» аппендикса.

Компьютерная (КТ) и/или магнитно-резонансная томография (МРТ) для уточнения предоперационного диагноза, как инструментальная диагностика «второй линии», не выполнялись по техническим причинам – клиника не оснащена соответствующей аппаратурой.

Клиническая картина острого живота, а также наличие рентгенологических и ультразвуковых признаков острой тонкокишечной непроходимости стали абсолютным показанием к хирургическому лечению по жизненным показаниям.

На основании жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра, результатов проведенного клинико-лабораторного и инструментального обследования выставлен диагноз: Основное заболевание: Острый аппендицит? Осложнение основного заболевания: Аппендикулярный инфильтрат? Острая тонкокишечная непроходимость. Сопутствующие заболевания: ИБС. Стенокардия напряжения. ФК 2-3. ГБ III ст. АГ 3 ст., риск 4. Гепатомегалия. Гепатостеатоз. Асцит. Хронический панкреатит. Кисты обеих почек. Подагра. Опушение стенок влагалища.

Учитывая возраст пациентки и наличие сопутствующей кардиальной патологии, по относительным противопоказаниям от диагностиче-

ской лапароскопии, как стартового вмешательства было принято решение отказаться, отдав предпочтение классической для ургентной хирургии срединной лапаротомии.

Из протокола операции: под перидуральной анестезией с седацией выполнена среднесрединная лапаротомия с обходом пупка слева. В брюшной полости обнаружено около 200 мл светлого выпота (транссудат). Произведена ревизия брюшной полости, в нижнем этаже которой выявлен тонкокишечный инвагинат, локализующийся в правой подвздошной области, располагающийся на расстоянии 40 см от илеоцекального угла (дивертикул Меккеля?). Приводящий отдел кишки расширен до 35 мм, отводящий спавшийся. Выполнена деторсия подвздошной кишки 20 см. Другой патологии в осмотренных отделах не выявлено. После совершения деторсии в просвете кишки обнаружено объемное образование (полип? безоар?) длиной около 60 мм и до 20 мм в диаметре, плотной консистенции. Указанное образование подвижно, но не перемещается в просвете кишки, вероятно из-за наличия ножки. Со стороны серозной оболочки по противобрыжечному краю отмечается участок втяжения диаметром 8 мм (рис. 3).

Интраоперационно принято решение выполнить сегментарную резекцию указанного участка тонкой кишки с соблюдением хирургического принципа удаления кишки при ОКН. С учетом обнаруженной патологии выполнена мобилизация тонкой кишки на 20 см ниже найденного внутрикишечного объемного образования и на 40 см выше него. Произведена резекция участка тонкой кишки с указанным образованием в ее просвете, целостность тонкой кишки восстановлена наложением классического двухрядного энтроэнтероанастомоза по типу бок в бок. Туалет брюшной полости. Печень и брыжейка осмотрена на предмет возможных депозитов метастазов – не выявлено. Контроль на гемостаз – сухо. Брюшная полость дренирована через две контрапертуры в правой подвздошной области двумя ПХВ-дренажами, подведенными в малый таз и к анастомозу. Послойное ушивание раны. Наложение асептической повязки.

После операции диагноз: GIST подвздошной кишки? Острая инвагинационная тонкокишечная непроходимость. Диффузный серозный перитонит.

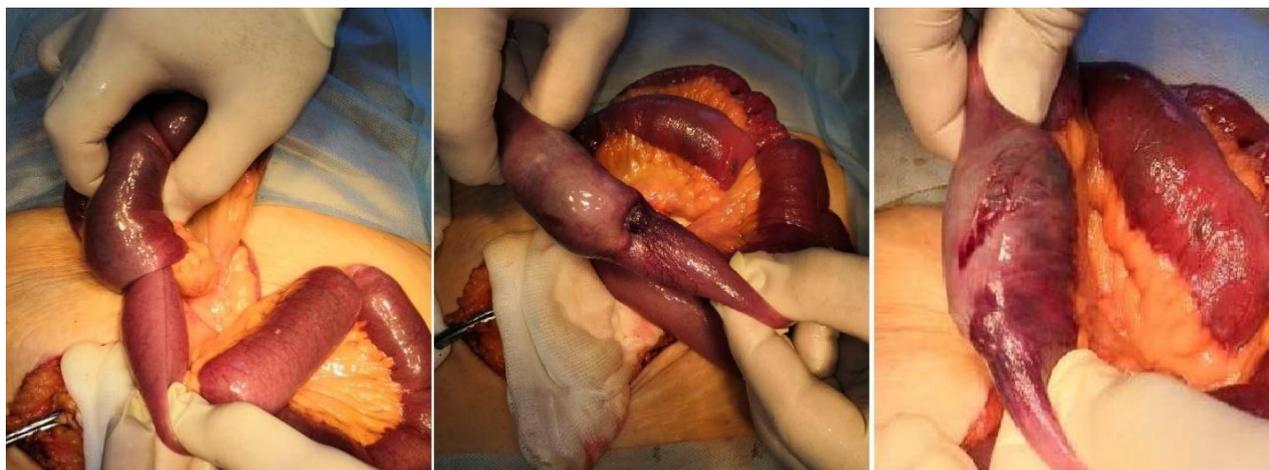


Рис. 3. Тонкокишечная инвагинация



Рис. 4. Макропрепарат

Макроскопическое описание препарата после вскрытия просвета резецированного участка (рис. 4): тонкая кишка длиной 62 см, в просвете которой определяется хорошо ограниченная опухоль – вырост с противобрыжечной полуокружности в просвет, овоидной формы, размером $45 \times 25 \times 30$ мм, плотный темно-бурого почти черного цвета, на относительно тонкой ножке. На разрезе серо-желтого цвета с обширным участком свертков (сгустков) крови.

Микроскопическое описание препарата (окраска гематоксилин-эозин): образование имеет смешанный характер строения: участки волокнистой соединительной ткани, участки типа незрелой мезенхимальной ткани, участков миксоматоза, рассеянные сосуды зрелого типа, множественные участки с кровоизлияниями.

Границы резекции стенки кишки обычной структуры с диффузной рассеянной мононуклеарной инфильтрацией слизистого и подслизистого слоев и воспалительной инфильтрацией мышечного слоя. Заключение: GIST. Иммуно-

гистохимическая верификация опухоли не выполнялась.

Послеоперационный период протекал гладко. Дренажи удалены на 2-е сутки. Швы сняты на 7-е сутки. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением.

За время нахождения в хирургическом отделении проведено медикаментозное лечение в объеме: предоперационно – дротаверин 2,0 мл, в/м; 0,5 %-й новокаин 100,0 мл + 0,9 %-й натрия хлорид 400,0 мл в/в кап.; послеоперационно – кеторол 1,0 мл \times 3 р./сут., в/м; на 3-и сутки после операции метоклопрамид 2,0 \times 2 р./сут., в/м; 0,05 %-й прозерин 1,0 мл \times 1 р./сут., в/м; на протяжении всей госпитализации по поводу сопутствующих заболеваний – таб. бисопролол 2,5 мг \times 1 р./сут., внутрь, утром; таб. сиднофарм 2 мг \times 2 р./сут., внутрь; таб. лизиноприл 10 мг \times 2 р./сут., внутрь; таб. индапамид 2,5 мг \times 1 р./сут., утром; таб. аторвастатин 20 мг \times 1 р./сут., внутрь, на ночь.

Перед выпиской пациентке проведен контроль клиничко-лабораторных анализов,

зарегистрированы следующие изменения и отклонения от нормы: мочевины – 8,5 ммоль/л, показатели ОАК, за исключением СОЭ – 27 мм/ч, пришли в норму.

Пациентка выписана на 8-е сутки с улучшением и рекомендациями наблюдения и дообследования в условиях онкодиспансера.

Обсуждение клинического случая

Считается, что GIST возникают из интерстициальных клеток Кахала в норме участвующих в управлении спонтанной моторикой ЖКТ. Онкологический потенциал и возможность метастазирования (преимущественно) гематогенным путем дают основания рассматривать GIST в группе злокачественных заболеваний. Злокачественный потенциал опухоли зависит от ее локализации, размера и показателя митотической активности клеток.

Факт обнаружения опухоли считается показанием к оперативному вмешательству. Своевременное выявление и лечение GIST возможно при использовании таких диагностических технологий, как биопсия, микроскопия, иммуногистохимический анализ биоптата с применением специфических меченых антител. Стоит помнить, что стандартная поверхностная биопсия чаще всего безрезультатна в связи с тем, что GIST представляют собой саркому, в отличие от большинства гастроинтестинальных опухолей, имеющих эпителиальное происхождение, такая опухоль располагается глубже, чем рак. Клинические проявления и макроскопические характеристики GIST неспецифичны.

Опухоли небольших размеров обычно имеют доброкачественное течение, особенно при низком митотическом индексе, крупные же опухоли, в свою очередь, могут диссеминировать в печень и брюшину, другая локализация депозитов встречается редко. Стоит подчеркнуть, для GIST характерно весьма редкое метастазирование в лимфатические узлы, что накладывает определенные особенности на хирургическую технику – нецелесообразность выполнения лимфодиссекции при данной нозологии.

Дооперационная диагностика GIST с локализацией в тонкой кишке представляет значительные трудности по причине несовершенства эндоскопических методов визуализации тонкой

кишки и особенностей роста рассматриваемого вида опухоли.

Для внутрисветовой диагностики патологии тонкой кишки в настоящее время возможно применение следующих методов энтероскопии:

- традиционная видео-пуш-энтероскопия (ТВПЭ) – продвижение длинного эндоскопа за пределы связки Трейца в проксимальный отдел тощей кишки, процедура позволяет визуализировать до 60 см начального отдела тощей кишки;

- зондовая энтероскопия (ЗЭ) – тонкий оптико-волоконный инструмент продвигают по кишечнику за счет перистальтики после раздувания баллона, которым снабжен рабочий конец эндоскопа. При этом, подобно колоноскопии, осмотр тонкой кишки производится «на выходе» – при извлечении инструмента. Данный метод лишен возможности выполнения биопсии и ряда лечебных мероприятий. Кроме этого, у инструмента ригидный наконечник, что ограничивает полноценную визуализацию слизистой оболочки;

- определенными удобствами и преимуществами обладает беспроводная капсульная энтероскопия (БКЭ) – метод основан на радиотелеметрическом капсульном энтероскопе, который достаточно мал для проглатывания и лишен внешних проводов, вся система портативна, что позволяет пациенту находиться, в том числе в амбулаторных условиях. Однако методика также лишена возможности выполнения биопсии и проведения каких-либо лечебных воздействий.

Приведенные методы энтероскопии могут быть в разной мере эффективны при плановой диагностике GIST, широкое использование их в рутинной практике ограничено возможностями конкретной клиники и экономической целесообразностью. Тем не менее они могут оказаться незаменимы при обследовании пациентов с кровотечениями из ЖКТ неясной этиологии, в том числе при ситуациях, когда GIST изъязвляется и становится источником хронической кровопотери.

Диагностическая ценность ТВПЭ при кровотечениях ЖКТ неясной этиологии составляет 3–65 %, ЗЭ – 50–75 %, эффективность БКЭ достигает 90 % [4].

Наиболее доступными валидированными инструментальными методами визуализационной диагностики патологии брюшной полости, несомненно, являются УЗИ, КТ, МРТ.

Наибольшим профилем безопасности обладает УЗИ, хотя и является операторзависимой технологией. Несмотря на высокую информативность КТ и/или МРТ, серьезными ограничениями их применения является меньшая доступность указанных технологий в отдельных медицинских организациях городов и регионов, а также ряд противопоказаний к проведению. Поэтому инструментальными исследованиями «первой линии» (порой единственной) продолжают оставаться рентгенография и УЗИ.

GIST размером 2–5 см, как правило, обладают низким злокачественным потенциалом, то образования диаметром более 10 см – высоким. Наиболее часто метастазы обнаруживают в печени (60 %), на брюшинном покрове (30 %), в костях (6 %) и в легких (2 %). Регионарные лимфоузлы поражаются редко (6–8 %). Именно это обстоятельство позволяет рассчитывать на радикальное вмешательство даже при опухолях относительно больших размеров.

Согласно данным Европейского общества медицинской онкологии и Национальной всеобщей онкологической службы США, риск прогрессирования (рецидива) GIST в зависимости от митотического индекса и размера опухоли, локализуемой в тонкой кишке ряде случаев, можно спрогнозировать (см. таблицу).

Митотический индекс (митозов в 50 полях зрения)	Размер опухоли, см	Риск рецидива заболевания, %
≤ 5	≤ 2	0
	> 2	4,3
	≤ 5	
	> 5	24
	≤ 10	52
> 5	> 10	Нет точных данных
	≤ 2	73
	> 2	
	≤ 5	85
	> 5	
≤ 10	90	

Несмотря на то, что GIST происходят из мышечного слоя, по мере роста опухоли, она может проецироваться снаружи от органа

(экзофитный рост). В описанном клиническом кейсе из-за значительного объема опухоли отмечен смешанный рост (интралюминальный с переходом в просвет (эндофитный) и экзофитный). Увеличение объема опухоли, опережающее рост ее кровоснабжения привело к некротизации опухоли в ее толще, с формированием центральной зоны жидкостной плотности и кавитации. В свою очередь, некротизация может приводить к изъязвлению и формированию внутреннего свища [из развившейся механической (опухоль выступила в качестве проводника) инвагинационной ОКН эта стадия не успела реализоваться].

При реализации стадии изъязвления GIST при исследовании с бариевой взвесью по пассажу, в литературе описывается возможность выявления при рентгенографии брюшной полости газ, уровней газ/жидкость или депонирование контрастного препарата в этой области опухоли. Депонирование бариевой взвеси в участке изъязвленной GIST нами предлагается описывать как рентгенологический признак некротической чаши.

При КТ с контрастным усилением крупные GIST выглядят неомогенно, в связи с неоднородностью структуры опухоли, обусловленной участками некроза, кровоизлияниями и полостями, что радиологически проявляется контрастированием опухоли преимущественно по периферии.

Выраженность некроза и кровоизлияний влияет на интенсивность сигнала при МРТ. Зоны кровоизлияний в толще опухоли будут иметь разный сигнал в зависимости от давности кровоизлияния. Солидный компонент опухоли обычно имеет низкую интенсивность на T₁-взвешенных изображениях и высокую интенсивность на T₂-взвешенных изображениях, усиливаясь после введения гадолиния. В случае присутствия газа в толще опухоли отмечаются участки отсутствия сигнала [10].

В настоящее время основным методом лечения GIST является хирургический, факт обнаружения опухоли становится показанием к операции, при которой стремятся максимально радикально удалить опухоль.

В некоторых, тщательно отобранных случаях при опухолях небольших размеров, низким

риском агрессивности может применяться относительно выжидательная тактика со строгим мониторингом динамики опухолевого процесса.

После радикальной операции пациенты подлежат пятилетнему диспансерному наблюдению у онколога с тщательным обследованием 2 раза в год. Частота рецидивов после резекции GIST, по сводным литературным данным, в среднем составляет до 35 %, пятилетняя выживаемость составляет 30–60 %.

Необходимо помнить, GIST устойчивы к обычным химиотерапевтическим агентам, у пациентов с метастатическим прогрессированием прибегают к использованию иматиниба. Достоверно отмечено, до 80 % больных с неоперабельными и метастатическими GIST отвечают на введение указанного препарата, при этом более чем у половины из них отмечается уменьшение объема опухоли. Также иматиниб подходит в качестве «упреждающей» – неоадьювантной и адьювантной химиотерапии при GIST. При демонстрации устойчивости иматинибу, а такие случаи описаны, в качестве альтернативы рекомендовано применение сунитиба. Принципы лечебной тактики GIST как лекарственных линий, так и оперативного лечения базируются на практических рекомендациях разработанных экспертами RUSSCO – Российского общества клинической онкологии и адресованы специалистам онкологам.

Заключение

Вопросы лечения и реабилитации больных с ОКН неразрывно связаны с проблемой хирургического воздействия на причину, вызвавшую нарушение пассажа. Зачастую, сталкиваясь с ОКН, хирург общеклинической лечебной сети руководствуется так называемыми хирургическими принципами оперативного пособия, которые зависят во многом от источника ОКН. В то же время на сегодняшний день приоритетным вектором развития как мировой, так и отечественной медицины является персонализация диагностики и лечения, а также тренд малоинвазивных технологий, позволяющих уменьшить системный воспалительный ответ на оперативное вмешательство, и, как следствие, вероятность инфекционных осложнений со стороны

зоны операции и операционной раны. В повседневной практике оперирующим хирургом далеко не всегда выбирается хирургический метод с минимальной инвазией оперативного пособия. Учитывая особенности нарушения кровообращения в кишке при ОКН, неизбежно сохраняется правило при выполнении резекции отступать на 30–40 см проксимальнее (приводящий участок) и на 10–20 см дистальнее (отводящий участок) границы видимой зоны нежизнеспособности кишки, что должно гарантировать состоятельность анастомоза.

Разбирая частную ситуацию GIST у пациентки Р. в выше приведенном клиническом кейсе, достаточно было бы выполнить резекцию тонкой кишки длиной 15–20 см. Таким образом, несмотря на то, что резекция 60 см тонкой кишки существенно не повлияла на выздоровление, фактически удаление такого объема кишечной трубки явилось чрезмерным. Правилom для хирурга должно быть стремление во время любой операции, связанной с резекцией тонкой кишки, стремиться сохранить пациенту каждый возможный сантиметр жизнеспособной кишки, чтобы максимально профилактировать развитие синдрома «короткой кишки» и сопряженные с ним нарушения гомеостаза на фоне развития недостаточности питания. Сохранение автономности, адаптация и реабилитация больного протекает благоприятнее и быстрее, если во время операции сохранен илеоцекальный клапан, проксимальные 20–40 см тощей кишки и дистальные 20–40 см подвздошной кишки [4].

Относительно редкая встречаемость GIST в практике хирурга неонкологического профиля представляет не только интраоперационные тактические трудности, но и проблемы в правильности верификации диагноза, а также подготовки рекомендаций на амбулаторный этап лечения, которые сводятся в основном к направлению пациента в онкологический диспансер.

Описание редких, в том числе казуистических случаев из клинической практики позволяют значительно расширить образовательный уровень хирургов, занятых оказанием ургентной хирургической помощи, что, в конечном счете, ложится в основу повышения качества и полноты оказания квалифицированной помощи населению.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Гастроинтестинальные стромальные опухоли: проблемы диагностики и лечения (обзор литературы) / И. Н. Юричев, М. С. Бурдюков, А. М. Нечипай [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2012. № 9. С. 60–66.
2. Случай успешного лечения пациента с гастроинтестинальной стромальной опухолью подвздошной кишки, осложненной рецидивирующими кровотечениями с тяжелой степенью кровопотери / В. П. Земляной, Б. В. Сигуа, А. Б. Сингаевский [и др.] // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. 2014. № 6(2). С. 110–112.
3. Особенности хирургического подхода в лечении гастроинтестинальных стромальных опухолей / В. А. Кащенко, А. М. Карачун, Р. В. Орлова [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. 2017. № 176(2). С. 22–27.
4. Хирургические болезни: учебник / М. И. Кузин, Н. М. Кузин, В. А. Кубышкин [и др.]. 5-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. С. 774-778. doi: 10.33029/9704-5438-1-HIRB-2020-1-1024.
5. Гастроинтестинальные стромальные опухоли: что нового в терапии? / А. Г. Корнилова, Л. М. Когония, В. С. Мазурин [и др.] // Сибирский онкологический журнал. 2015. № 2. С. 81–87.
6. Гастроинтестинальная стромальная опухоль подвздошной кишки (случай из практики) / Л. Д. Роман, К. Г. Шостка, А. З. Довгалюк [и др.] // Амбулаторная хирургия. 2017. № 3(4). С. 68–74.
7. *Ненарокомов А. Ю., Хвастунов Р. А.* Клинические и патоморфологические аспекты гастроинтестинальных стромальных опухолей // Современные проблемы науки и образования. 2017. № 3. С. 76.
8. Сочетанное осложнение гастроинтестинальной опухоли тонкой кишки / Н. А. Трифанов, А. Я. Коровин, А. Н. Манжос [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. 2019. № 26(5). С. 135–142. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2019-26-5-135-142>.
9. Гастроинтестинальные стромальные опухоли: патогенез, клиника, диагностика, лечение / А. В. Прохоров, А. О. Гладышев, Л. А. Курсакова [и др.] // Онкологический журнал: лучевая диагностика, лучевая терапия. 2011. № 5. С. 22–28.
10. Миниинвазивное хирургическое лечение гастроинтестинальных стромальных опухолей / С. В. Берелавичус, А. Г. Кригер, А. Р. Калдаров [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2015. № 3. С. 38–41. doi: 10.17116/hirurgia2015338-41.

Информация об авторах

Мяконький Р. В. – врач инфекционного госпиталя на базе Волгоградской областной клинической больницы № 3, хирург высшей квалификационной категории, Волгоград, Россия

Каплунов К. О. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии и неонатологии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования Волгоградского государственного медицинского университета, инфекционист высшей квалификационной категории, Волгоград, Россия

Краюшкин С. И. – заведующий кафедрой амбулаторной и скорой медицинской помощи Волгоградского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор, терапевт высшей квалификационной категории, Волгоград, Россия

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию 18.03.2022; одобрена после рецензирования 08.04.2022; принята к публикации 12.05.2022