

Хірургічне лікування гострокровоточивих лейоміом тонкого кишківника

О. А. Повч¹, А. К. Курбанов¹, О. Б. Бельський¹, М. М. Сюркель², Р. О. Марценюк²

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

² КНП «Київська міська клінічна лікарня № 2»

Лейоміоми тонкого кишківника (ЛТК) є однією із рідких причин тяжких шлунково-кишкових кровотеч (ШКК), які складно діагностувати через відсутність специфічних симптомів, характерних для цього захворювання (Vucovich M, Petacovich G, 2020). У літературі трапляються поодинокі повідомлення про гострокровоточиві ЛТК (ГКЛТК) (Lauren ES, 2017; Hashimoto R, Matsuda T, 2019; Vucovich M, Petacovich G, 2020). Проблема ранньої діагностики та вибору оптимальної хірургічної тактики за цієї патології є актуальною і потребує подальшого вивчення.

Мета: проаналізувати результати лікування хворих із ГКЛТК, визначити аспекти ранньої діагностики та показання до виконання екстрених оперативних втручань за цієї патології.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування 7 хворих (4 жінок та 3 чоловіків) із ГКЛТК, які перебували на лікуванні у Київському міському Центрі з надання допомоги хворим із гострими шлунково-кишковими кровотечами (ШКК) у 1999–2020 рр. Вік пацієнтів – від 40 до 76 років (середній вік – $(61,7 \pm 8,8)$ року). П'ять хворих були віком понад 60 років. На момент госпіталізації 3 пацієнтів мали крововтрату середнього ступеня тяжкості, 4 – тяжкого ступеня, але під час перебування в клініці в усіх хворих діагностовано ШКК тяжкого ступеня. Чотирьох пацієнтів проліковано у 1999–2009 рр. (група А), 3 – у 2018–2019 рр. (група Б).

Результати. Усім хворим із ГКЛТК при госпіталізації виконували екстрену езофагофіброгастродуоденоскопію (ЕФГДС), яка не виявила джерело кровотечі у шлунку та дванадцятипалій кишці. Пацієнтів групи А після ЕФГДС лікували консервативно, зокрема проводили гемотрансфузії (1–4 рази), і готували до виконання фіброколоноскопії (ФКС) після зупинки кровотечі та підготовки кишківника до дослідження. Трьох з них прооперовано на тлі 2-го чи 3-го рецидиву кровотечі (ФКС не виконано) на 4–5-ту добу після госпіталізації. Четвертого пацієнта, якому вдалося виконати ФКС, але джерело кровотечі не виявлено, прооперовано на 4-ту добу після госпіталізації з приводу рецидиву кровотечі. У всіх випадках проведено резекцію ділянки тонкої кишки з новоутворенням. Загалом хворим групи А виконано 19 гемотрансфузій (у середньому одному пацієнту – $4,8 \pm 0,8$). Троє з них у післяопераційний період були у тяжкому стані з ознаками геморагічного шоку III-IV ст. Померлих не було. Післяопераційний період тривав у середньому ($18,3 \pm 0,9$) дня.

У групі Б застосовували активну хірургічну діагностичну програму. Після ЕФГДС, яка не виявила джерело кровотечі, пацієнтів готували до екстреної ФКС. При першому рецидиві кровотечі 2 пацієнтам в екстреному порядку (не пізніше 1-2-ї доби після госпіталізації) проведено мультиспіральну комп'ютерну томографію (МСКТ) органів черевної порожнини (ОЧП) з подвійним контрастуванням, за даними якої запідозрено наявність новоутворення в тонкій кишці. Виконано ургентну операцію – лапаротомію, резекцію ділянки тонкої кишки з новоутворенням. Третьому хворому на 2-гу добу після ЕФГДС проведено ФКС. Джерело кровотечі не виявлено. За даними МСКТ ОЧП діагностовано новоутворення тонкої кишки. Проведено оперативне втручання у ранній відстрочений період – резекцію ділянки кишки з новоутворенням. Загалом хворим групи Б виконано 7 гемотрансфузій (у середньому одному пацієнту – $2,3 \pm 0,4$). Післяопераційний період тривав у середньому ($8,7 \pm 0,4$) дня.

Висновки. Гострокровоточиві лейоміоми тонкого кишківника – рідкісна причина ШКК, яка важко діагностується і призводить до тяжкої крововтрати (у 100 % випадків). Більшість пацієнтів із ГКЛТК – похилого та старечого віку (71,4 %). Активна хірургічна діагностична програма з використанням екстреної чи ранньої відстроченої МСКТ ОЧП з подвійним контрастуванням дає змогу швидко діагностувати джерело ШКК, зменшити ймовірність рецидиву кровотечі, прийняти рішення про необхідність термінового оперативного втручання у хворих із ГКЛТК. Завдяки запропонованій тактиці кількість гемотрансфузій зменшилась удвічі (із $4,8 \pm 0,8$ до $2,3 \pm 0,4$), а післяопераційний ліжко-день – у 2,1 разу (з $18,3 \pm 0,9$ до $8,7 \pm 0,4$).