

сопутствующей сердечно-сосудистой патологии и приема антикоагулянтов.

3. У пациентов старшей возрастной группы, а также при высоком риске применения токов высокой частоты эндоскопическое лигирование с динамическим наблюдением может использоваться как самостоятельный метод удаления доброкачественных новообразований.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОНКОЙ КИШКИ

Соколовский П. А., Тарасик Л. В., Хрыщанович В. Я.,
Шорох С. Г., Неверов П. С., Козик Ю. П.

УЗ «10-я городская клиническая больница», Городской центр
гастродуоденальных кровотечений, г. Минск, Республика Беларусь
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Клиническая картина при опухолях тонкой кишки может варьировать от скрытого повторяющегося кровотечения с незначительной кровопотерей до массивного профузного кровотечения с гемодинамическими нарушениями, приводящего к гибели пациента. Ввиду низкой частоты встречаемости, особенностей локализации, отсутствия возможностей для эндоскопического гемостаза тактика диагностики и лечения осложненных опухолей тонкой кишки в urgentных ситуациях требует дальнейшего совершенствования.

Цель исследования: совершенствование тактики диагностики и лечения опухолей тонкой кишки, осложненных кровотечением, продемонстрировать удовлетворительные результаты лечения пациентов с данной патологией.

Материал и методы. В период с 2010 г. по сентябрь 2018 г. в Городском центре гастродуоденальных кровотечений г. Минска оперированы 12 пациентов по поводу геморрагических осложнений опухолей тонкой кишки. Возраст пациентов варьировал от 29 до 84 лет. Средний возраст составил 59,7 года. Мужчин было 5, женщин – 6.

При поступлении в стационар у всех пациентов была клиника желудочно-кишечного кровотечения, которая проявлялась эпизодами мелены, прогрессирующей слабостью, анемией. Всем пациентам при поступлении выполнена экстренная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Источник кровотечения не был установлен.

Остановившееся кишечное кровотечение диагностировано у 8 пациентов, клиника продолжающегося кровотечения наблюдалась у 3. Кровопотеря легкой степени установлена у 3 пациентов, средней степени – у 5, тяжелой степени – у 3.

Всем пациентам проводилась интенсивная консервативная терапия, включавшая инфузионную, антисекреторную, гемостатическую терапию; по показаниям – гемоплазмотрансфузию.

Пациенты с клиникой продолжающегося кровотечения (3) были экстренно прооперированы. У 8 пациентов хирургическое вмешательство выполнялось в отсроченном порядке после компенсации состояния, необходимого дообследования.

С целью дообследования компьютерная томография проводилась у 8 пациентов. Объемное образование, исходящее из стенки тонкой кишки, описано у 4 пациентов, конгломерат петель тонкой кишки – у 2 пациентов, инвагинат в проксимальном отделе тощей кишки – у 1 пациента, инвагинат в области илеоцекального угла – у 1 пациента.

Интраоперационно во всех случаях патологический процесс был представлен опухолевидным образованием размерами от 3 до 11 см в диаметре, с очагами распада, исходящий из стенки тонкой кишки. По локализации: дуоденоюнальный переход – 2, тощая кишка – 5, подвздошная кишка – 4. Явления инвагинации с нарушением пассажа наблюдались в 2 случаях.

Объем операции включал резекцию тонкой кишки с опухолью (R0), резекцию брыжейки тонкой кишки, лимфаденодиссекцию, первичный энтеро-энтероанастомоз (10), дуодено-энтероанастомоз (2), в 4 случаях выполнялась деоментизация.

По данным послеоперационной биопсии и иммуногистохимического анализа гастроинтестинальные

опухоли (ГИСТ) разной степени злокачественности диагностированы в 10 случаях, лейомиомы в 2 случаях. Пациенты с ГИСТ продолжили наблюдение в онкодиспансере.

Релапаротомий, летальных исходов не было.

Выводы: Диагностика опухолей тонкой кишки в ургентных ситуациях, обусловленных кровотечением, затруднительна. Методом выбора является компьютерная томография. Применение методов эндоскопического гемостаза с учетом локализации данной патологии невозможно. Основной метод лечения – резекция тонкой кишки с соблюдением онкологических канонov, первичный межкишечный анастомоз.