

DOI: 10.17238/issn2223-2427.2019.4.5-9

УДК: 617-089.87

© Галлямов Э.А., Агапов М.А., Мальков П.Г., Данилова Н.В., Какоткин В.В., Донченко К.А., 2019

РЕДКАЯ ПРИЧИНА АБДОМИНАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА – СОСУДИСТАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ГАЛЛЯМОВ Э.А.^{1,а}, АГАПОВ М.А.^{2,б}, МАЛЬКОВ П.Г.^{2,с}, ДАНИЛОВА Н.В.^{2,д}, КАКОТКИН В.В.^{2,е}, ДОНЧЕНКО К.А.^{2,ф}

¹ Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Большая Пироговская ул., д. 19 стр. 1, 119146, Москва, Российская Федерация

² Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, факультет фундаментальной медицины (МГУ имени М.В. Ломоносова), ул. Ленинские Горы, д. 1, 119991, Москва, Российская Федерация

Резюме: мужчина (31 год) обратился в клинику с жалобами на периодические боли в правом верхнем квадранте живота, не связанные с приемом пищи. По результатам лабораторного исследования патологии не выявлено. При выполнении мультиспиральной компьютерной томографии с внутривенным контрастированием выявлено утолщение стенки восходящей ободочной кишки с интрамуральными участками кальцинации. Вышеуказанные структуры задерживали контраст в венозную фазу. При проведении рентгенографии брюшной полости с приемом бариевой взвеси выявлены пристеночные дефекты контрастирования в правых отделах ободочной кишки без нарушения пассажа контрастного препарата. При проведении колоноскопии обнаружены циркулярно расположенные подслизистые сосудистые структуры в восходящей ободочной кишке на протяжении более 10 см. Установлен диагноз гемангиоматоза толстой кишки. Учитывая высокий риск толстокишечного кровотечения, а также вероятность малигнизации, пациенту выполнена лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия. Установлен патоморфологический диагноз: сосудистая мальформация толстой кишки. Пациент полностью активизирован в течение первых суток после операции, выписан на 5-е сутки пребывания в стационаре. Сосудистые мальформации желудочно-кишечного тракта - сравнительно редкая патология развития сосудов, характеризующаяся наличием опухолеподобных сосудистых структур на протяжении всего пищеварительного тракта. В настоящее время не существует единого подхода к лечению данной группы заболеваний. Хирургическое вмешательство является единственным радикальным методом лечения сосудистых мальформаций. Лапароскопический подход имеет существенные преимущества в лечении этой нечастой патологии.

Ключевые слова: ангиодисплазия, сосудистые мальформации, лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия.

A RARE CAUSE OF ABDOMINAL PAIN SYNDROME - VASCULAR MALFORMATION OF THE LARGE BOWEL. CASE REPORT.

GALLYAMOV E.A.^{1,а}, AGAPOV M.A.^{2,б}, MAL'KOV P.G.^{2,с}, DANILOVA N.V.^{2,д}, KAKOTKIN V.V.^{2,е}, DONCHENKO K.A.^{2,ф}

¹ Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); Bolshaya Pirogovskaya St., 19/1, 119146, Moscow, Russian Federation

² Federal State Budget Educational Institution of Higher Education M.V. Lomonosov Moscow State University (Lomonosov MSU), Leninskie Gory St., 1, 119991, Moscow, Russian Federation

Abstract: a 31-year-old man admitted to clinic with complains of occasional pains in the right upper quadrant unrelated to the food. Results of laboratory tests were in the normal range. There were wall thickening of the ascending colon with sites of calcification located intramural according to abdominal contrast-enhanced multislice computed tomography. The above-mentioned structures accumulated contrast during a venous phase of computed tomography. A barium X-ray was performed, filling defects in right colon were detected but barium follow throughs was normal. Multiple dilated vascular structures of variable sizes affecting the bowel submucosa in ascending colon for more than 10 cm were detected during the colonoscopy. The patient was diagnosed with hemangiomas of colon. Because

^а E-mail: gal_svetlana@mail.ru

^б E-mail: getinfo911@mail.ru

^с E-mail: malkovp@gmail.com

^д E-mail: natalyadanilova@gmail.com

^е E-mail: axtroz4894@gmail.com

^ф E-mail: donkotmgu@gmail.com

of the high risk of massive large-bowel hemorrhage and malignization the laparoscopic right hemicolectomy was performed. Morphologic findings were interpreted as vascular malformation of colon. The patient has been activated fully on 1-st day after surgery, discharged on 6-th day in hospital. Gastrointestinal vascular malformation is an infrequent disorder of blood vessel formation characterized by existence of tumor-like vascular structures through the entire gastrointestinal tract. Nowadays there is no single approach to the management of this group of diseases. Surgery is the only radical method of the treatment of vascular malformation. The laparoscopic approach has substantial advantages in treatment of this infrequent group of diseases.

Key words: angiodysplasia, vascular malformations, laparoscopic right hemicolectomy.

Введение

Сосудистые мальформации желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) - сравнительно редкая патология развития сосудов, характеризующаяся наличием на протяжении всего ЖКТ опухолеподобных сосудистых структур, которые могут быть изолированными или являться локальным проявлением системных сосудистых заболеваний, таких как болезнь Рандю-Вебера-Ослера или Клиппеля-Треноне [1]. Наиболее распространенная локализация ангиодисплазий – различные отделы тонкой кишки, что уже представляет большую трудность для диагностики, поэтому основные способы обнаружения данной патологии – капсульная эндоскопия или аутопсия (чаще, случайные находки) [2,3]. Типичный вариант клинического течения сосудистых дисплазий ЖКТ – бессимптомный. Гораздо реже встречаются анемический, болевой варианты, а также сердечная недостаточность с высокой фракцией выброса [4,5]. Сосудистые мальформации толстой кишки зачастую являются источником кровотечения из нижних отделов ЖКТ, их диагностика не представляет трудностей, при этом большинство случаев зарегистрировано в прямой кишке и области ректо-сигмоидного перехода [6,7]. Зачастую клиницисты используют термины «артерио-венозная мальформация» и «гемангиома» в отношении ЖКТ в качестве синонимов, что не является правильным, так как данные формы патологии, несмотря на поверхностные сходства, имеют различный патогенез. На примере данного клинического случая хотелось бы показать, как даже редкие формы патологии могут быть распознаны и успешно устранены при активном взаимодействии членов мультидисциплинарной команды.

Основная часть

Пациент – мужчина 31 года. Из анамнеза следует, что первые жалобы появились летом 2018 года и характеризовались появлением периодических болей в правых отделах живота, ноющего характера, умеренной интенсивности, не связанных с приемом пищи и купировавшихся после приема нестероидных противовоспалительных средств. При проведении рентгенографии органов брюшной полости с пероральным контрастированием бариевой взвесью пассаж бария не нарушен. В области печеночного изгиба ободочной кишки определяются пристеночные дефекты контрастирования без значительного сужения просвета (Рисунок 1).



Рисунок 1. Рентгенография брюшной полости с пероральным контрастированием бариевой взвесью. Белой стрелкой отмечены пристеночные дефекты контрастирования в области печеночного изгиба ободочной кишки.

Пациенту выполнена МСКТ брюшной полости с внутривенным контрастированием. При нативном сканировании стенка ободочной кишки в области печеночного изгиба неравномерно утолщена до 3-20 мм, в толще стенки имеются кальцинаты округлой формы от 1,5 до 5 мм в диаметре. В венозную фазу контрастирования определяется неравномерное накопление контраста стенкой печеночного изгиба толстой кишки с выраженной васкуляризацией вдоль слизистой оболочки (Рисунок 2-3).



Рисунок 2. МСКТ брюшной полости до введения контрастного препарата. Стрелками указаны очаги кальцификации, расположенные интрамурально в области восходящей ободочной кишки.



Рисунок 3. МСКТ брюшной полости с внутривенным контрастированием. Венозная фаза. Стрелками указаны очаги накопления контрастного препарата, расположенные в проекции восходящей ободочной кишки.

Из протокола колоноскопии: «в области печеночного изгиба ободочной кишки визуализируются сплошь множественные гемангиомы выступающие в просвет от 0.1 до 0.4 см, покрывающие внутреннюю поверхность кишечной стенки циркулярно на протяжении около 10 см, расположенные в подслизистом слое, синего цвета». Заключение специалиста: гемангиоматоз печеночного угла толстой кишки (Рисунок 4).



Рисунок 4. Колоноскопия. Видны сосудистые структуры крупного и мелкого калибра, расположенные в подслизистом слое.

При проведении дальнейшего обследования другой патологии не выявлено.

Установлен предварительный клинический диагноз гемангиоматоза толстой кишки. Учитывая высокий риск толстокишечного кровотечения, а также вероятность малигнизации, пациенту в сентябре 2018 выполнена лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия. При осмотре препарата: слизистая оболочка толстой кишки на участке протяженностью 120 мм вплоть до дистального края резекции уплотнена, крупнобугристая, серовато-синюшного цве-

та, на разрезе с множественными полостями заполненными кровью (Рисунок 5).

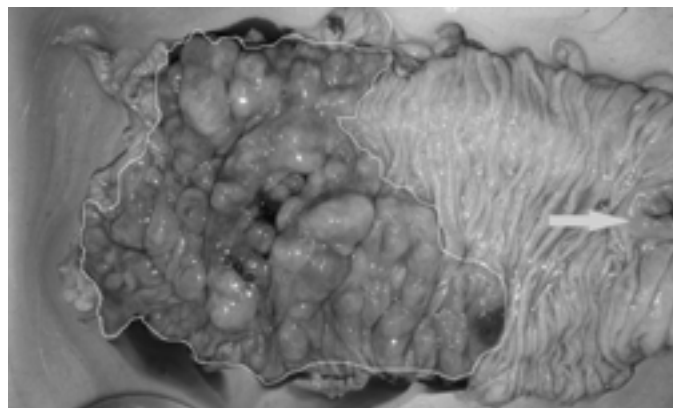


Рисунок 5. Макроскопическая картина операционного материала до фиксации. Белой линией очерчена видимая граница сосудистой опухоли со стороны слизистой оболочки. Стрелка указывает на расположение Баугиниевой заслонки.

Микроскопическая картина: фрагменты стенки толстой кишки, под мышечной пластинкой множественные клубки толстостенных аномально сформированных сосудов, частью кавернозно расширенных, признаки поверхностного эрозирования. Заключение патологоанатома: сосудистая мальформация толстой кишки (Рисунок 6).

Послеоперационный период протекал гладко, пероральное питание и активизация пациента начаты в 1-е сутки. Инфузионная коррекция не требовалась. Заживление послеоперационных ран первичное. Выписан в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки после оперативного вмешательства с диагнозом «гигантская сосудистая мальформация печеночного изгиба ободочной кишки».

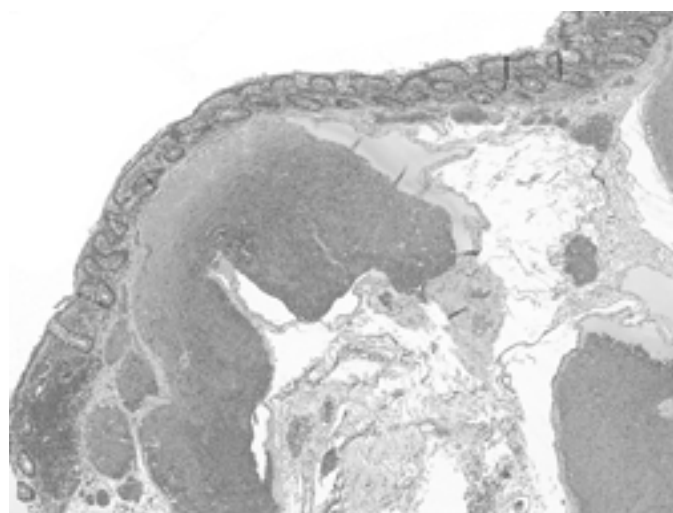


Рисунок 6. Множественные клубки толстостенных аномально сформированных сосудов, частью кавернозно расширенных. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение: объектив X 10. Сканированное изображение.

Заключение

Гигантская сосудистая мальформация толстой кишки – редко встречающаяся патология желудочно-кишечного тракта. На сегодняшний день не существует единой стратегии ведения пациентов с данной патологией, однако хирургическое лечение является единственным радикальным подходом. Представленный клинический случай является особенным в силу редкой локализации, бессимптомного течения в течение длительного времени при достаточно крупных размерах аномального сосудистого образования. Лапароскопический подход может быть полезен как для диагностики, так и для лечения сосудистых мальформаций ЖКТ.

Список литературы

1. Воробьев Г.И., Саламов К.Н., Кузьминов А.М. Ангиодисплазии кишечника. М.: 2001. 160 стр.
2. Durer C, Durer S, Sharbatji M, Comba IY, Aharoni I, Majeed U. Cavernous Hemangioma of the Small Bowel: A Case Report and Literature Review. *Cureus*. 2018 Aug 6;10(8):e3113. [https://doi.org/10.7759/cureus.3113]
3. Attash SM, Ali MS, Al-Nuaimy HA. Isolated cavernous haemangioma of the stomach in a 3-year-old child: an unusual cause of upper GI bleeding. *MJ Case Rep*. 2012 Oct 6; 2012. [https://doi.org/10.1136/bcr-2012-006979]
4. Ocampo Toro WA, Corral Ramos B, Concejo Iglesias P, Cubero Carralero J, Blanco García DF, Barón Ródiz P. Haemangiomas of the Small Intestine: Poorly Known Cause of Gastrointestinal Bleeding of Uncertain Origin. *Cureus*. 2018 Aug 17;10(8):e3155. [https://doi.org/10.7759/cureus.3155]
5. Fox VL. New therapies for vascular anomalies of the gastrointestinal tract. *Minerva Pediatr*. 2018 Jun; 70(3):303-307. [https://doi.org/10.23736/S0026-4946.18.05207-6]
6. Maddah G, Abdollahi A, Rouhbakhshfar O, Taraz Jamshidi S, Hassanpour M. Arteriovenous malformations of the colon: A report of two cases and review of the literature. *Caspian J Intern Med*. 2017 Winter;8(1):52-55.
7. Zimmer V, Schuld J, Schmidt C, Massmann A, Lammert F. Endoscopic appearance of diffuse cavernous hemangioma of the rectosigmoid. *Clin Res Hepatol Gastroenterol*. 2015 Oct; 39(5):538-540. [https://doi.org/10.1016/j.clinre.2015.03.003]

References

1. Vorobev G.I., Salamov K.N., Kuzminov A.M. Intestinal angiodysplasia. Moscow.: 2001, 160 p.
2. Durer C, Durer S, Sharbatji M, Comba IY, Aharoni I, Majeed U. Cavernous Hemangioma of the Small Bowel: A Case Report and Literature Review. *Cureus*. 2018 Aug 6;10(8):e3113. [https://doi.org/10.7759/cureus.3113]
3. Attash SM, Ali MS, Al-Nuaimy HA. Isolated cavernous haemangioma of the stomach in a 3-year-old child: an unusual cause of upper GI bleeding. *MJ Case Rep*. 2012 Oct 6; 2012. [https://doi.org/10.1136/bcr-2012-006979]
4. Ocampo Toro WA, Corral Ramos B, Concejo Iglesias P, Cubero Carralero J, Blanco García DF, Barón Ródiz P. Haemangiomas of the Small Intestine: Poorly Known Cause of Gastrointestinal Bleeding of Uncertain

Origin. *Cureus*. 2018 Aug 17;10(8):e3155. [https://doi.org/10.7759/cureus.3155]

5. Fox VL. New therapies for vascular anomalies of the gastrointestinal tract. *Minerva Pediatr*. 2018 Jun; 70(3):303-307. [https://doi.org/10.23736/S0026-4946.18.05207-6]

6. Maddah G, Abdollahi A, Rouhbakhshfar O, Taraz Jamshidi S, Hassanpour M. Arteriovenous malformations of the colon: A report of two cases and review of the literature. *Caspian J Intern Med*. 2017 Winter;8(1):52-55.

7. Zimmer V, Schuld J, Schmidt C, Massmann A, Lammert F. Endoscopic appearance of diffuse cavernous hemangioma of the rectosigmoid. *Clin Res Hepatol Gastroenterol*. 2015 Oct; 39(5):538-540. [https://doi.org/10.1016/j.clinre.2015.03.003]

Сведения об авторах

Галлямов Эдуард Абдулхаевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Большая Пироговская ул., д. 19 стр. 1, 119146, Москва, Российская Федерация. Email: gal_svetlana@mail.ru

Агапов Михаил Андреевич – д.м.н., профессор кафедры хирургии ФФМ МГУ имени М.В. Ломоносова. Ул. Ленинские Горы, д. 1, 119991, Москва, Российская Федерация. Email: getinfo911@mail.ru

Мальков Павел Георгиевич – д.м.н., профессор, заведующий отделом клинической патологии МНОЦ МГУ имени М.В. Ломоносова. Ул. Ленинские Горы, д. 1, 119991, Москва, Российская Федерация. Email: malkovp@gmail.com

Данилова Наталья Владимировна – к.м.н, с.н.с. отдела клинической патологии МНОЦ МГУ имени М.В. Ломоносова. Ул. Ленинские Горы, д. 1, 119991, Москва, Российская Федерация. Email: natalyadanilova@gmail.com

Какоткин Виктор Викторович – клинический ординатор кафедры хирургии ФФМ МГУ имени М.В. Ломоносова. Ул. Ленинские Горы, д. 1, 119991, Москва, Российская Федерация. Email: axtroz4894@gmail.com

Донченко Константин Александрович – врач хирург-онколог университетской клиники МГУ имени М.В. Ломоносова. Ул. Ленинские Горы, д. 1, 119991, Москва, Российская Федерация. Email: donkotmgu@gmail.com

Information about the authors

Galliamov Eduard Abdulhaevich – MD, Professor, Head of the General Surgery Department. Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University. Bolshaya Pirogovskaya St., 19/1, 119146, Moscow, Russian Federation. Email: gal_svetlana@mail.ru

Agapov Mihail Andreevich – MD, Professor of the Department of Surgery. Federal State Budget Educational Institution of Higher Education M.V. Lomonosov Moscow State University. Leninskiy Gory St., 1, 119991, Moscow, Russian Federation. Email: getinfo911@mail.ru

Malkov Pavel Georgievich – MD, Professor, Head of the Department of Clinical Pathology of the Medical Research Educational Center. M.V. Lomonosov Moscow State University. Leninskiy Gory St., 1, 119991, Moscow, Russian Federation. Email: malkovp@gmail.com

Danilova Natalya Vladimirovna – PhD, Senior Researcher of the Department of Clinical Pathology of the Medical Research Educational

Center. M.V. Lomonosov Moscow State University. Leninskie Gory St., 1, 119991, Moscow, Russian Federation. Email: natlyadanilova@gmail.com

Kakotkin Viktor Viktorovich - Resident of the Department of Surgery of the Faculty of Medicine M.V. Lomonosov Moscow State University. Leninskie Gory St., 1, 119991, Moscow, Russian Federation. Email: axtroz4894@gmail.com

Donchenko Konstantin Aleksandrovich - surgeon-oncologist of Department of Surgery №1 of the Medical Research Educational Center, MV Lomonosov Moscow State University. Leninskie Gory St., 1, 119991, Moscow, Russian Federation. Email: donkotmgu@gmail.com