

<https://doi.org/10.33878/2073-7556-2025-24-2-130-135>



УДК 616.11/.35-006.5-031.81:616.5]-007-053.1

Опухоль тощей кишки после колпроктэктомии по поводу язвенного колита (клинический случай)

Борота А.В.^{1,2}, Плахотников И.А.^{1,2}, Гюльмамедов В.А.^{1,2}, Полунин Г.Е.^{1,2},
Борота А.А.^{1,2}, Кондратенко Е.Г.³

¹ФГБ ОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького». Кафедра общей хирургии № 1 (пр-т Ильича, д. 16, г.о. Донецк, г. Донецк, 283003, Донецкая Народная Республика)

²ГБУ ДНР «РКБ имени М.И. Калинина» (пр-т Ильича, д. 14, г.о. Донецк, г. Донецк, 283003, Донецкая Народная Республика)

³Республиканский онкологический центр им. проф. Бондаря Г.В. (ул. Полоцкая, д. 2А, г.о. Донецк, г. Донецк, 283092, Донецкая Народная Республика)

РЕЗЮМЕ В работе представлен клинический случай успешного лечения гастроинтестинальной опухоли у пациента, перенесшего ранее колпроктэктомию по поводу осложненного течения язвенного колита.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: язвенный колит, гастроинтестинальная стромальная опухоль тонкой кишки

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Борота А.В., Плахотников И.А., Гюльмамедов В.А., Полунин Г.Е., Борота А.А., Кондратенко Е.Г. Опухоль тощей кишки после колпроктэктомии по поводу язвенного колита (клинический случай). *Колопроктология*. 2025; т. 24, № 2, с. 130–135. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2025-24-2-130-135>

Small intestine tumor after proctocolectomy for ulcerative colitis (clinical case)

Aleksandr V. Borota^{1,2}, Ivan A. Plakhotnikov^{1,2}, Valentin A. Gulmamedov^{1,2},
German E. Polunin^{1,2}, Aleksandr A. Borota^{1,2}, Evgeniy G. Kondratenko³

¹Donetsk State Medical University named after M. Gorky, Department of General Surgery No. 1 (Ilyich Ave., 16, Donetsk, Donetsk, 283003, Donetsk People's Republic)

²M.I. Kalinin Regional Clinical Hospital (14 Ilyich Ave., Donetsk, Donetsk, 283003, Donetsk People's Republic)

³Republican Oncological Center named after Prof. Bondarya G.V. (Polotskaya st., 2A, Donetsk, Donetsk, 283092, Donetsk People's Republic)

ABSTRACT The paper presents a clinical case of successful treatment of a gastrointestinal tumor in a patient who had previously undergone proctocolectomy for complicated ulcerative colitis.

KEYWORDS: ulcerative colitis, gastrointestinal stromal tumor, small intestine

CONFLICT OF INTEREST: authors declared no conflict of interest

FOR CITATION: Borota A.V., Plakhotnikov I.A., Gulmamedov V.A., Polunin G.E., Borota A.A., Kondratenko E.G. Small intestine tumor after proctocolectomy for ulcerative colitis (clinical case). *Koloproktologia*. 2025;24(2):130–135. (in Russ.). <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2025-24-2-130-135>

АДРЕС ДЛЯ ПЕРЕПИСКИ: Гюльмамедов Валентин Артурович, ГОУ ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра общей хирургии № 1, пр-т Ильича, д. 14, г.о. Донецк, Донецк, 283003, Донецкая Народная Республика; тел. 062295657; e-mail: vgulmamed@rambler.ru

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE: Gulmamedov V.A., Donetsk State Medical University named after M. Gorky, Department of General Surgery No. 1, Ilyich Ave., 16, Donetsk, Donetsk, 283003, Donetsk People's Republic; 062295657; e-mail: vgulmamed@rambler.ru

Дата поступления — 03.03.2025

Received — 03.03.2025

После доработки — 06.03.2025

Revised — 06.03.2025

Принято к публикации — 29.04.2025

Accepted for publication — 29.04.2025

ВВЕДЕНИЕ

Язвенный колит (ЯК) — хроническое заболевание толстой кишки (ТК), которое характеризуется иммунным воспалением ее слизистой оболочки. При ЯК зачастую поражается ТК и в ряде случаев терминальный отдел подвздошной кишки в виде ретроградного илеита. Протяженность патологического процесса зависит от формы заболевания согласно Монреальской классификации ЯК (проктит, левосторонний колит, панколит). При этом воспаление чаще всего ограничивается слизистой оболочкой (за исключением острого тяжелого колита) и носит диффузный характер [1].

Заболеваемость ЯК в разных регионах колеблется в интервале от 0,6 до 24,3 случаев на 100000 человек. Самая высокая заболеваемость ЯК — 24,3 случаев на 100000 отмечена в Европе, 19,2 случаев на 100000 — в Северной Америке [2,5,6,8,11,12]. Данные о распространенности ЯК в Российской Федерации ограничены [1,3].

Показаниями к хирургическому лечению ЯК служат неэффективность консервативной терапии (стероидорезистентность, неэффективность биотерапии) или невозможность их продолжения (стероидозависимость, непереносимость или противопоказания для проведения консервативной терапии), кишечные осложнения ЯК (токсическая дилатация, перфорация кишки, кишечное кровотечение), а также рак ТК или высокий риск его возникновения. «Золотым стандартом» хирургического лечения ЯК является колпроктэктомия с формированием илеоанального резервуарного анастомоза и петлевой илеостомы с последующим закрытием петлевой илеостомы либо с формированием постоянной концевой илеостомы. Гастроинтестинальная стромальная опухоль (ГИСО) — мезенхимальная опухоль желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), составляющая 1–3% от всех гастроинтестинальных опухолей [10].

ГИСО представляют собой опухоли соединительной ткани, то есть саркомы, в отличие от большинства гастроинтестинальных опухолей, имеющих эпителиальное происхождение. При этом частота локализации опухоли в тонкой кишке составляет примерно 20%. Опухоли небольших размеров обычно имеют доброкачественное течение, особенно при низком митотическом индексе; крупные же опухоли могут диссеминировать в печень, сальники брюшину. Считается, что ГИСО возникают из интерстициальных клеток Кахала [10], в норме участвующих в управлении спонтанной моторикой ЖКТ.

ГИСО встречается в 10–20 случаях на 1000000 человек. Оценочная выявляемость ГИСО составляет приблизительно 5000 случаев ежегодно [7].

Большинство ГИСО развиваются в возрасте 50–70 лет. Во всех возрастах заболеваемость ГИСО одинакова у мужчин и женщин [9].

ГИСО могут проявляться затруднением глотания, желудочно-кишечным кровотечением, метастазированием (преимущественно, в печень). Обструкция кишечника встречается редко в связи с типичным ростом опухоли наружу. Зачастую в анамнезе отмечаются неопределенные боли в животе или дискомфорт. К моменту постановки диагноза опухоль может достигать довольно больших размеров. Верификация диагноза проводится при биопсии, которая может осуществляться эндоскопически, чрескожно под контролем КТ или УЗИ, а также во время хирургического вмешательства [4].

В данной работе приводится клинический случай успешного лечения ГИСО у пациента, перенесшего ранее колпроктэктомию по поводу осложненного течения язвенного колита.

Клиническое наблюдение

Пациент М., 68 лет, поступил в колопроктологическое отделение в срочном порядке с жалобами на ощущение болезненности и дискомфорта во всех отделах живота, вздутие живота, выраженную общую слабость, частый жидкий стул с примесью крови.

Из анамнеза жизни пациента установлено, 15.04.2020 г. больной оперирован по поводу язвенного колита, тотального поражения, тяжелого течения, осложненного токсической дилатацией толстой кишки. Произведена *субтотальная колэктомия с отдельной илео- и сигмостомией* (ПГЗ № 19359-74 от 22.04.2020 г. Язвенный колит с выраженной активностью, изменениями в дистальном крае, мелкоочаговой слабой дисплазией эпителия). В удовлетворительном состоянии был выписан из отделения. 31.08.2020 г. больной вновь оперирован, произведена сигмопроктэктомия с формированием J-образного тонкокишечного резервуара, илео-анального анастомоза, илеостомия (ПГЗ № 44102-10 от 07.09.2020 г. Язвенный колит с выраженной активностью, мелкими очагами слабой дисплазии, наличием псевдополипов). 10.11.2020 г. больной оперирован в плановом порядке. Произведено закрытие илеостомы. В удовлетворительном состоянии был выписан из отделения.

Появление указанных выше жалоб отмечает в течение 3 недель. В течение 6 суток находился на стационарном лечении в условиях проктологического отделения, куда был доставлен с признаками кишечного кровотечения, получал консервативную терапию. При объективном осмотре общее состояние больного средней степени тяжести. Правильного телосложения, пониженного питания. Костно-мышечная

система без патологии. Температура тела 37,8°C. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледного цвета, язык влажный. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких — везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС-86 уд/мин, АД 120/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Живот симметричный, умеренно вздут; в акте дыхания участвует равномерно. По срединной линии определяется старый послеоперационный рубец 25,0 × 1,0 см вследствие перенесенных ранее операций. Пальпаторно живот — мягкий, умеренно вздут, больше слева, чувствительный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Мочеиспускание не нарушено, симптом «поколачивания» отрицателен с обеих сторон. Стул более 5 раз в сутки, кал жидкий с примесью крови. При внешнем осмотре перианальной области определяется гиперемия перианальной кожи. При пальцевом исследовании анального канала тонус сфинктера усилен, волевое усилие сохранено, определяется умеренная стриктура илео-анального анастомоза, до 1,5 см в диаметре. Последняя легко бужирована при исследовании. Патологии в зоне илеоанального анастомоза и резервуара не определяется. На перчатке кишечная слизь. Исследование болезненное.

При компьютерной томографии брюшной полости и малого таза — в полости малого таза визуализируется образование размером 11,3 × 9,1 см, неоднородной структуры с участками мягкотканного компонента и участков пониженной плотности, оттесняющее J-образный тонкокишечный резервуар (Рис. 1). Консультация анестезиолога — операционный риск 3-В ст.

После непродолжительной предоперационной подготовки пациент оперирован в срочном порядке. Интраоперационно выявлено, что имеют место явления субкомпенсированной кишечной непроходимости. В 140–150 см от связки Трейца имеет место плотный конгломерат размерами 11,5 × 12,5 см, расположенный в полости малого таза, инфильтрирующий стенку таза слева в проекции мочеточника и подвздошных сосудов, вовлекающий петли тощей кишки. При дальнейшей попытке разделения указанного выше конгломерата выявлено, что имеет место опухоль, исходящая из тонкой кишки, находящаяся в стадии некроза и распада (Рис. 2). При этом имеет место вовлечение в процесс петли подвздошной кишки, расположенной на расстоянии 100 см от сформированного ранее J-образного тонкокишечного резервуара.

При этом сформированный ранее тонкокишечный резервуар, прилежащий к конгломерату,

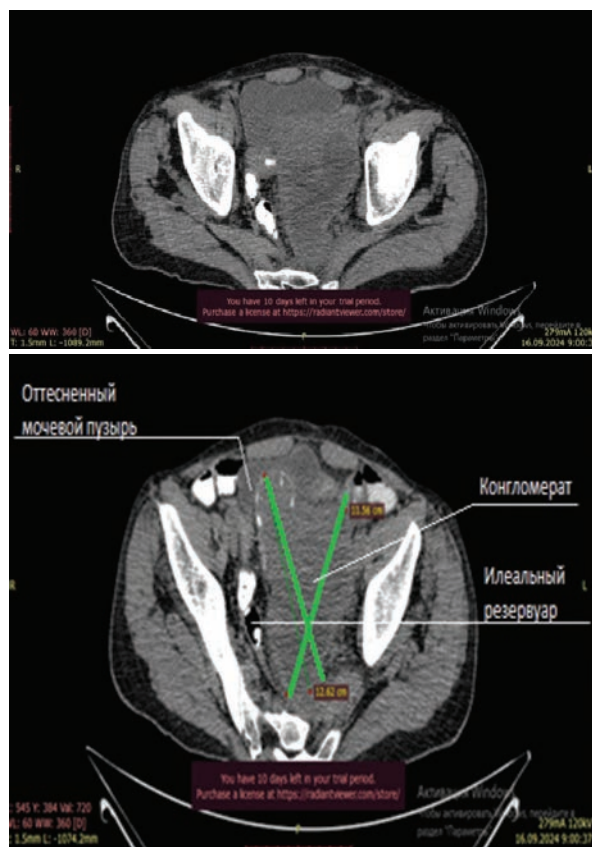


Рисунок 1. СКТ-грамма органов брюшной полости и малого таза

Figure 1. CT scan of abdominal and pelvic organs

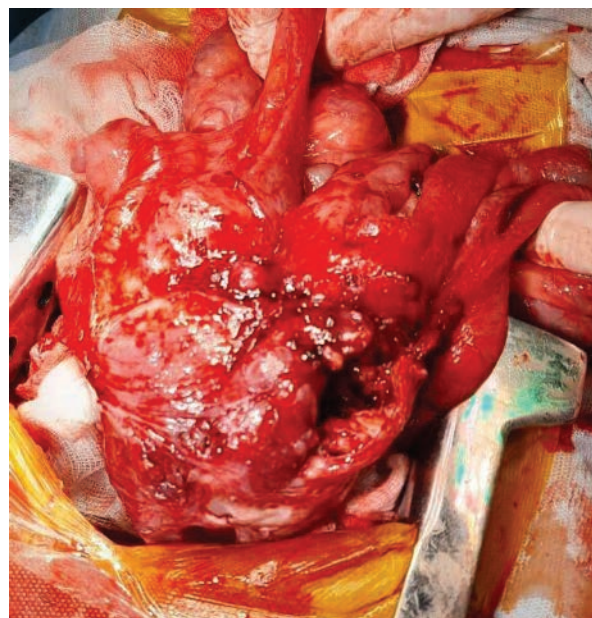


Рисунок 2. Конгломерат, представленный опухолью и петлями тонкой кишки

Figure 2. Conglomerate represented by a tumor and loops of the small intestine

в патологический процесс не вовлечен. С техническими трудностями, мобилизован опухолевый конгломерат, отведен от стенки таза, прослежены левый мочеточник и подвздошные сосуды (Рис. 3).

Произведена резекция тощей кишки с опухолью, резекция петли подвздошной кишки, интимно вовлеченной в конгломерат. Сформирован тонкокишечный илео-илео анастомоз «бок-в-бок», концы тощей кишки выведены на переднюю брюшную стенку в виде двухствольной еюностомы (Рис. 4,5).

Данные патолого-гистологического исследования: опухоль незрелого строения, представленная клетками с выраженным атипизмом, полиморфизмом, патологическими митозами, местами строение трабекулярной структуры с прорастанием в мышечный,

субсерозный и серозный слой с наличием крупных участков некроза. Заключение: злокачественная опухоль тонкой кишки.

Данные иммуно-гистохимического исследования: гистологическая и иммуногистохимическая картина опухоли соответствует незрелой злокачественной гастроинтестинальной стромальной опухоли (ГИСО) тощей кишки (Рис. 6).

В послеоперационном периоде получал обезболивающие средства, инфузионную, антибактериальную, симптоматическую терапию, трансфузии одногруппной донорской эритроцитарной массы и плазмы, перевязки, дыхательную гимнастику. В удовлетворительном состоянии был выписан из отделения на 18 суток со дня госпитализации с активно функционирующей еюностомой.

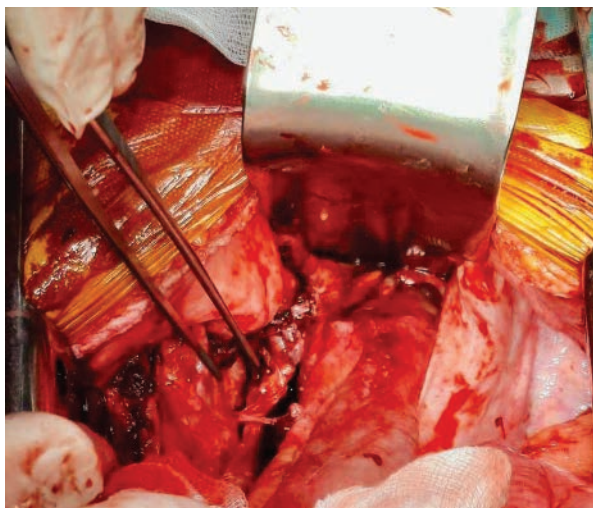


Рисунок 3. Вид операционного поля после мобилизации конгломерата

Figure 3. View of the operational field after the mobilization of the conglomerate

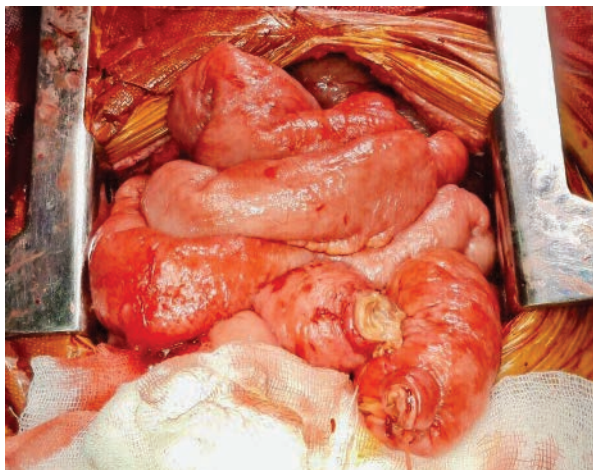
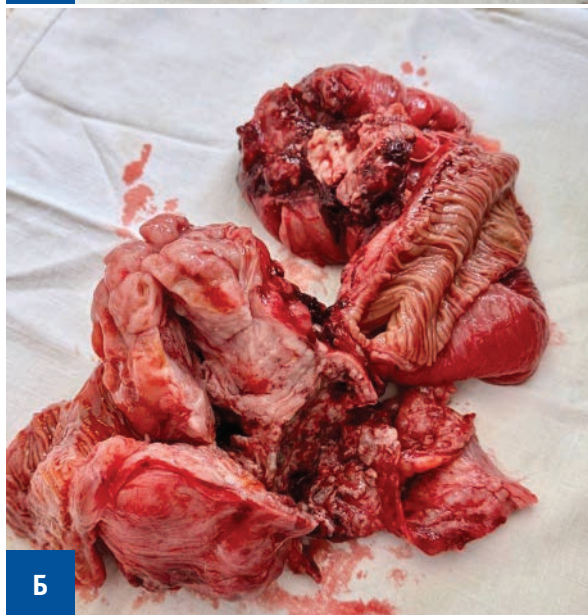


Рисунок 4. Вид операционного поля после удаления препарата

Figure 4. View of the surgical field after removal of the drug



А



Б

Рисунок 5 (А,Б). Удаленный макропрепарат

Figure 5 (А,Б). Remote macro preparation

Через 4 недели с момента операции пациент вновь был госпитализирован в колопроктологическое отделение. После проведения контрольной резервуарографии (Рис. 7) пациенту в плановом порядке произведено восстановление кишечной непрерывности путем формирования еюноанастомоза.

На 9 сутки пациент в удовлетворительном состоянии был выписан из отделения.

Пациенту рекомендовано динамическое наблюдение с СКТ и резервуарографическим контролем.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Низкая распространенность ГИСО и неспецифичность диспепсических симптомов обуславливают сложность постановки диагноза на раннем этапе

развития опухоли. При этом пациенты, перенесшие хирургическое лечение ЯК, подлежат обязательно диспансерному наблюдению, предполагающему проведение комплексного обследования пищеварительной системы, в котором ведущая роль отводится рентгенологическим, эндоскопическим и ультразвуковым методам исследования.

УЧАСТИЕ АВТОРОВ

Концепция и дизайн исследования: Борота А.В., Плахотников И.А., Полунин Г.Е.

Сбор и обработка материалов: Гюльмамедов В.А., Борота А.А., Кондратенко Е.Г.

Написание текста: Гюльмамедов В.А., Борота А.А.

Редактирование: Борота А.В., Плахотников И.А., Полунин Г.Е.

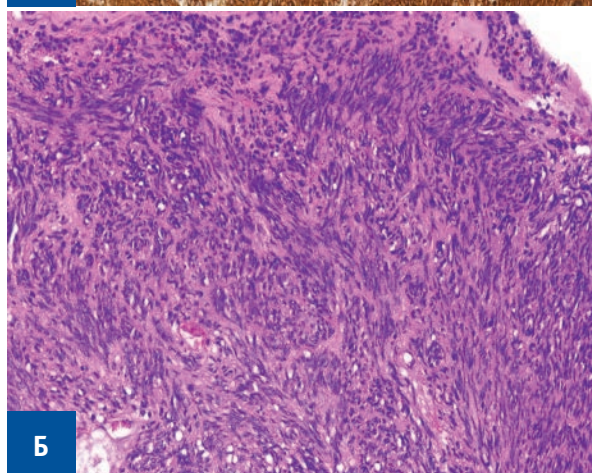
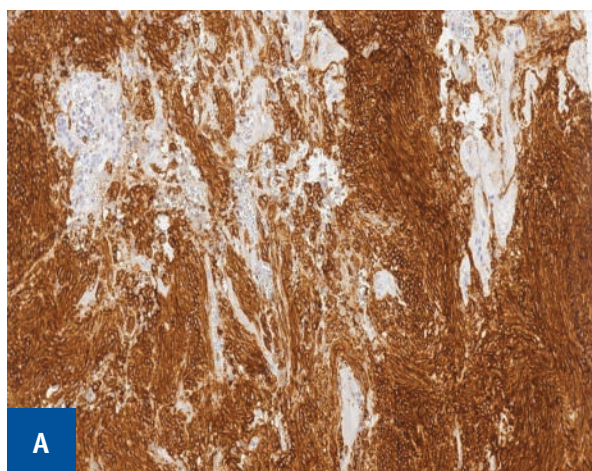


Рисунок 6. А) Смешанный вариант ГИСО с преобладанием эпителиоидно-клеточного компонента на фото с окраской гематоксилином-эозином; Б) Положительная экспрессия опухолевых клеток при окрашивании на DOG-1 на фото ИГХ.

Figure 6. А) A mixed GIST variant with a predominance of the epithelioid cell component in the photo with hematoxylin-eosin staining; Б) Positive expression of tumor cells when stained with DOG-1 in the IHC photo.

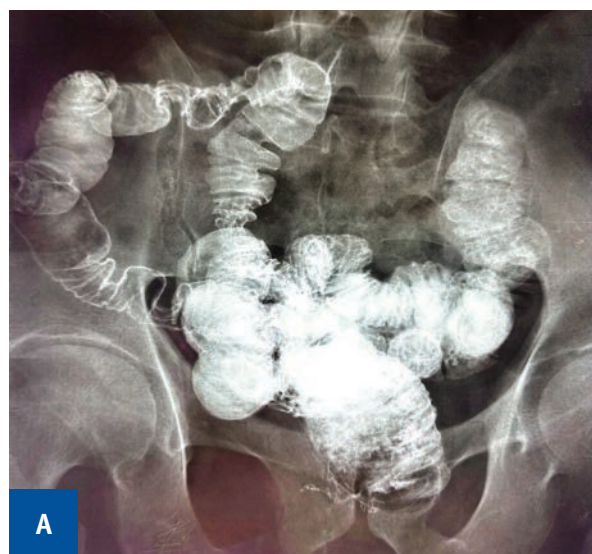


Рисунок 7. Резервуарография
Figure 7. Reservoir mapping

AUTHORS CONTRIBUTION

Concept and design of the study: *Aleksandr V. Borota, Ivan A. Plakhotnikov, German E. Polunin*

Collection and processing of the material: *Valentin A. Gulmamedov, Aleksandr A. Borota, Evgeniy G. Kondratenko*

Writing of the text: *Valentin A. Gulmamedov, Aleksandr A. Borota*

Editing: *Aleksandr V. Borota, Ivan A. Plakhotnikov, German E. Polunin*

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ (ORCID)

Борота Александр Васильевич — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии №1; заведующий отделением колопроктологии, ORCID 0000-0003-4203-2361

Плахотников Иван Александрович — д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии им. К.Т. Овнатяна; главный врач ГБУ ДНР «РКБ имени М.И. Калинина», ORCID 0000-0002-3719-4764

Гюльмамедов Валентин Артурович — к.м.н., доцент кафедры общей хирургии №1; врач-колопроктолог, ORCID 0009-0000-1939-4853

Полунин Герман Евгеньевич — д.м.н., профессор кафедры общей хирургии №1; врач-хирург, ORCID 0009-0000-3809-7635

Борота Александр Александрович — д.м.н., профессор кафедры общей хирургии №1; врач-онколог, ORCID 0000-0001-8750-7792

Кондратенко Евгений Григорьевич — врач-патоморфолог, ORCID 0009-0004-2132-6103

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS (ORCID)

Aleksandr V. Borota — 0000-0003-4203-2361

Ivan A. Plakhotnikov — 0000-0002-3719-4764

Valentin A. Gulmamedov — 0009-0000-1939-4853

German E. Polunin — 0009-0000-3809-7635

Aleksandr A. Borota — 0000-0001-8750-7792

Evgeniy G. Kondratenko — 0009-0004-2132-6103

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Белоусова Е.А., Абдулганиева Д.И., Алексеева О.П., и соавт. Социально-демографическая характеристика, особенности течения и варианты лечения воспалительных заболеваний кишечника в России. Результаты двух многоцентровых исследований. *Альманах клинической медицины*. 2018;46(5):445–463. / Belousova E.A., Abduganieva D.I., Alekseeva O.P., et al. Socio-demographic characteristics, features of the course and treatment options of inflammatory bowel diseases in Russia. The results of two multicenter studies. *The Almanac of Clinical Medicine*. 2018;46(5):445–463. (In Russ.).
2. Мингазов А.Ф., Варданян А.В., Сушков О.И., и соавт. Факторы риска колэктомии у больных сверхтяжелой атакой язвенного колита. *Колопроктология*. 2023;22(1):45–53. doi: [10.33878/2073-7556-2023-22-1-45-53](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-45-53) / Mingazov A.F., Vardanyan A.V., Sushkov O.I., et al. Results of multicenter observational study «predictors of colectomy in patients with extremely severe ulcerative colitis. *Koloproktologiya*. 2023;22(1):45–53. (In Russ.). doi: [10.33878/2073-7556-2023-22-1-45-53](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-45-53)
3. Burisch J, Pedersen N, Čuković-Čavka S, et al. East-West gradient in the incidence of inflammatory bowel disease in Europe: The ECCO-EpiCom inception cohort. *J Burisch Gut*. 2014;63(4):588–597.
4. Burkill GJ, Badran M, Al-Muderis O, et al. Malignant gastrointestinal stromal tumor: distribution, imaging features, and pattern of metastatic spread. *Radiology: journal*. 2003;226(2):527–532.
5. Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, et al. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*.

2011;140:1785–1794.

6. De Groof E, Rossen N, Van Rhijn B, et al. Burden of disease and increasing prevalence of inflammatory bowel disease in a population based cohort in the Netherlands. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2016;28:1065–1072.
7. Demetri G, DeVita L, Lawrence TS, et al. Cancer: Principles and Practice of Oncology. Chapter 87. 2011; ISBN 978-1-4511-0545-2.
8. Dignass A, Eliakim R, Magro F, et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 1: definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis*. 2012;6(10):965–990.
9. Kantarjian HM, Wolff RA, Koller CA, et al. The MD Anderson Manual of Medical Oncology. 2nd. McGraw-Hill Education. 2011; ISBN 978-0-07-170106-8.
10. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: review on morphology, molecular pathology, prognosis, and differential diagnosis. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine: journal*. 2006;130(10):1466–1478.
11. Molodecky N, Soon I, Rabi D, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology*. 2012;142(1):46–54.
12. Qiu Y, Wen Ren W, Liu Y, et al. Disease burden of inflammatory bowel disease in China from 1990 to 2017: Findings from the global burden of diseases 2017. *E Clinical Medicine*. 2020;27:100544. doi: [10.1016/j.eclinm.2020.100544](https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100544)