

ISSN 2225-6016

ВЕСТНИК

*Смоленской государственной
медицинской академии*

Том 18, №1

2019



УДК 616.341-006.36

ГИГАНТСКАЯ ЛЕЙОМИОМА, ВЫЗВАВШАЯ ТОНКОКИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ПАЦИЕНТА СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

© Ломаченко Ю.И.^{1,2}, Соколов А.Н.², Сухаруков А.С.¹

¹Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

²ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи» Россия, 214000, Смоленск, ул. Тенишевой, 9

Резюме

Цель. Представить редкое клиническое наблюдение гигантской лейомиомы, вызвавшей тонкокишечную непроходимость у пациента старческого возраста.

Методика. По материалам историй болезни, данных клинического обследования, до- и послеоперационного ведения пациента изучено клиническое наблюдение лейомиомы тонкой кишки у больного 86 лет, находившегося на лечении в клинике госпитальной хирургии – в отделении неотложной хирургии №2 Клинической больницы скорой медицинской помощи г. Смоленска.

Результаты. Рецидивирующий характер тонкокишечной непроходимости явился причиной для обращения за медицинской помощью и показанием к выбору оперативного лечения. Особенностью клинического случая следует считать положительный ответ на проведение консервативных лечебных мероприятий, направленных на купирование острой кишечной непроходимости. При этом органная принадлежность опухоли не была точно установлена до операции. Только с учётом гистологического исследования удалённое новообразование признано опухолью тонкой кишки, не исключалась гастроинтестинальная стромальная опухоль. По результатам иммуногистохимического исследования установлен диагноз лейомиомы. Пациент выздоровел.

Заключение. Старческий возраст не является исключением для возможного развития лейомиомы тонкой кишки, при этом она может достигать больших размеров и иметь жизнеугрожающие осложнения. В хирургическом лечении следует относиться к любым опухолям тонкой кишки как к злокачественным, принимая во внимание неясность их гистогенеза во время выполнения ургентной операции и возможный потенциал злокачественности. Прогноз хирургического лечения осложнённых опухолей тонкой кишки, лейомиом – в частности, у пациентов старческого возраста может быть благоприятным.

Ключевые слова: лейомиома тонкой кишки, гастроинтестинальная стромальная опухоль, осложнения, дифференциальный диагноз, хирургическое лечение

GIGANT LEIOMYOMACAUSING SMALL INTESTINAL OBSTRUCTION IN AN ELDERLY PATIENT

Lomachenko JU.I.^{1, 2}, Sokolov A.N.², Sukharukov A.S.¹

¹Smolensk State Medical University, 28, Krupskoj St., 214019, Smolensk, Russia

²Smolensk Emergency Hospital, 9, Tenishevoj St., 214000, Smolensk, Russia

Abstract

Objective. To present a rare clinical observation of a giant leiomyoma, which caused small intestinal obstruction in an elderly patient, who required a diagnostic laparotomy with further resection of the small intestine with a tumor.

Methods. According to the materials of the case histories, clinical examination, pre - and postoperative patient's management a clinical case of leiomyoma of the small intestine in an 86-year-old patient treated in Hospital surgery clinic in the Emergency surgery department of №2 of the Clinical emergency hospital of Smolensk was studied.

Results. The recurrent nature of the small bowel obstruction was the reason for seeking medical attention and the indication for the choice of surgical treatment. A special feature of the clinical case should be considered a positive response to conservative therapeutic measures aimed at relieving acute intestinal obstruction. In this case, the organ belonging of the tumor was not accurately established before the operation. Only taking into account the histological study, the removed tumor was recognized as a tumor of the small intestine; the gastrointestinal stromal tumor was not excluded. According to the results of immunohistochemical studies, the diagnosis of leiomyoma was established. The patient recovered.

Conclusion. Senile age is no exception for the possible development of small intestine leiomyoma, while it can reach large sizes and have life-threatening complications. In surgical treatment, any tumors of the small intestine should be treated as malignant, taking into account the ambiguity of their histogenesis during the execution of urgent surgery and the possible potential for malignancy. The prognosis of surgical treatment of complicated tumors of the small intestine, leiomyomas-in particular, in elderly patients can be favorable.

Keywords: small intestine leiomyoma, gastrointestinal stromal tumor, complications, differential diagnosis, surgical treatment

Введение

По статистическим показателям, лейомиома является редким вариантом опухолевого поражения тонкой кишки. По данным Б.Д. Савчука и соавт. (1970) [6, 12], доброкачественные опухоли тонкой кишки встречаются реже злокачественных новообразований, составляя всего 0,2%, при частоте в 1% выявления всех опухолей тонкой кишки в структуре онкопатологии желудочно-кишечного тракта. Судить об истинной распространённости лейомиом тонкой кишки трудно из-за редкости патологии и неточности диагностики. Тощая кишка признаётся отделом с преимущественной локализацией лейомиом [2], однако встречаются клинические наблюдения, указывающие, что источником опухоли может быть и сигмовидная кишка [8]. Данный тип опухолей не имеет своих специфических клинических симптомов и осложнений [10]. По клиническим проявлениям они наиболее сходны с гастроинтестинальными стромальными опухолями, происходящими из клеток, похожих по строению на интерстициальные клетки Кахала (пейсмейкерные клетки желудочно-кишечного тракта – координируют перистальтику) [11, 13]. Известно, что термин «gastrointestinal stromal tumor» (GIST) предложен в 1983 г. М. Mazur и Н. Clark для описания особых лейомиом и лейомиосарком, имеющих свою специфическую иммуногистохимическую структуру, отличающую их от других мезенхимальных опухолей [3, 13].

До настоящего времени в отдельных источниках медицинской литературы [4, 7, 9] присутствует смешивание понятий лейомиом и гастроинтестинальных стромальных опухолей, а также ссылки на литературу «старых» лет, когда гастроинтестинальные стромальные опухоли не выделялись и описывались как лейомиомы и лейомиосаркомы. В отдельных источниках медицинской информации Интернет [12] вообще опущены данные о гастроинтестинальных стромальных опухолях. Соответственно в этих информационных источниках признаки гастроинтестинальных стромальных опухолей причисляются к лейомиомам и лейомиосаркомам. Ряд авторов публикуют данные о лейомиомах, основываясь на гистологических заключениях без иммуногистохимических исследований [4, 6].

Известные клинические синдромы, встречающиеся отдельно или в сочетании, можно классифицировать следующим образом: пальпируемая опухоль брюшной полости, диспепсический синдром, внутрибрюшное кровотечение, кишечная непроходимость, желудочно-кишечное кровотечение, «маска» онкогинекологической патологии, синдром перфорации полого органа, анемический синдром. Отсутствие характерной клинической симптоматики определяет диагностические трудности и усложняет дифференциальный диагноз. Лейомиомы встречаются у пациентов всех возрастных групп, в том числе у детей, пожилых и лиц старческого возраста. Удаление лейомиом тонкой кишки возможно из лапаротомного и лапароскопического доступов, что определяется клинической картиной, осложнениями и размером опухолей [5, 7, 9, 10].

Каждое наблюдение опухоли тонкой кишки, в том числе и лейомиомы, заслуживает внимания, клинического анализа, последующих выводов в целях обмена врачебным опытом и предупреждения ошибочных диагностических и лечебных действий. Такого рода заключением объясняется цель представления клинического наблюдения редкой патологии с ургентным хирургическим осложнением у пациента старческого возраста.

Цель исследования – представить редкое клиническое наблюдение гигантской лейомиомы, вызвавшей тонкокишечную непроходимость у пациента старческого возраста.

Методика

С хирургических позиций, по материалам историй болезни (№№ 24406/18; 25666/18), данных клинического обследования, до- и послеоперационного ведения пациента изучено клиническое наблюдение лейомиомы тонкой кишки у больного С-кова Я.С., 86 лет, находившегося на лечении 03-07.09.2018 г. и с 15.09.2018 г. по 01.10.2018 г. в клинике госпитальной хирургии – в отделении неотложной хирургии №2 Клинической больницы скорой медицинской помощи г. Смоленска. Пациент является городским жителем, в трудоспособном возрасте был лётчиком, завершил свою

трудовую деятельность преподавателем, перенёс: операцию Винкельмана, правостороннюю полисегментарную пневмонию с тяжёлым течением и исходом в цирроз. Сопутствующая патология свидетельствовала о неблагоприятном коморбидном фоне – диагностированы: ИБС (атеросклеротический кардиосклероз); артериальная гипертензия II ст., риск 3; ХОБЛ вне обострения; варикозная болезнь вен нижних конечностей; хронический калькулёзный холецистит; кисты правой почки малых размеров; анемия лёгкой степени тяжести (анализ от 17.09.18 г.: эр. $3,8 \times 10^{12}/л$; Нв 109 г/л; Цв.п. 0,85).

Описание клинического наблюдения

Пациент первично поступил с жалобами на боли в животе, отсутствие стула в течение двух суток, тошноту, повышение температуры тела до $38^{\circ}C$, наличие опухоли в животе, которую впервые выявил самостоятельно около года назад, отмечал её непрерывный рост, за медицинской помощью не считал нужным обращаться, принимая во внимание свой возраст. На момент поступления больного клинические данные интерпретированы как опухолевая тонкокишечная непроходимость. На обзорной рентгенограмме брюшной полости выявлялись патологические уровни жидкости, арки с визуализацией керкринговых складок, пневматизированные петли кишечника (рис. 1).



Рис. 1. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости при первичной госпитализации по поводу кишечной непроходимости

Курс стандартного комплекса консервативного лечения острой кишечной непроходимости (спазмолитики, внутривенная инфузионная терапия, назогастральный зонд, очистительные клизмы; дополнительно – назначение антибиотика) оказался эффективным, что позволило воздержаться от предложения больному оперативного лечения в срочном порядке и продолжить обследование. Согласно заключению МРТ брюшной полости от 04.09.2018 г., у больного диагностировано объёмное солидное образование брюшной полости (брыжейки тонкой кишки?) с тонкокишечной непроходимостью, описанное следующим образом: объёмное солидное образование размерами $105 \times 149 \times 162$ мм с кистовидными включениями, интимно прилежащее к петлям тонкой кишки, вызывающее их компрессию; сосуды брыжейки тонкой кишки спиралевидно окутывают образование, находящееся в нижнем этаже брюшной полости (рис. 2).

По результатам фиброколоноскопии 04.09.2018 г. исключено наличие опухоли толстой кишки – возможной причины кишечной непроходимости. При исследовании выполнена эндоскопическая полипэктомия (удалён полип восходящего отдела ободочной кишки на широком основании, размером $0,5 \times 0,7$ см). Рентген-изучение пассажа взвеси сульфата бария по кишечнику в период после проведенного консервативного лечения и улучшения состояния больного не выявило клинически значимых нарушений проходимости кишечника. Это позволило пациента выписать с основным диагнозом «Опухоль забрюшинного пространства» и направить в поликлинику онкологического диспансера. Однако на этапе поликлинического обследования, состояние

пациента ухудшилось, возникли боли в животе, тошнота, присоединились рвота и нарастающая общая слабость, что определило повторное поступление пациента в стационар по «скорой помощи» 15.09.2018 г.



Рис. 2. МРТ органов брюшной полости при первичной госпитализации по поводу кишечной непроходимости

На обзорной рентгенограмме брюшной полости при повторном поступлении пациента в стационар выявлены: изогнутая кверху пневматизированная тонкокишечная петля с наличием в ней уровней жидкости и визуализацией керкринговых складок; единичный горизонтальный уровень жидкости в мезогастрии (рис. 3).



Рис. 3. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости при повторной госпитализации по поводу кишечной непроходимости

Назначенное консервативное лечение (инфузионная в/в терапия, спазмолитик, прокинетики, антибиотик, очистительная клизма) имело положительный лечебный результат, как и в предшествующую госпитализацию. Объективный статус после завершённого консервативного лечения: живот не вздут, асимметричен за счёт слабо болезненного, ограниченно смещаемого новообразования, проецирующегося на право-верхний квадрант живота. При этом следует отметить, что размеры опухоли соответствовали МРТ-данным, но её локализация не совпадала с

МРТ-картиной от 04.09.2018 г., согласно которой опухоль располагалась в нижнем этаже брюшной полости (признак мобильности новообразования в брюшной полости).

Наличие опухоли брюшной полости, осложнённой рецидивирующей тонкокишечной непроходимостью, признано показанием к операции, которая отнесена к разряду срочных. Операция выполнена 20.09.2018 г. (09:15-12:00; 2 ч. 45 мин.) из средне-срединного лапаротомного доступа в объёме удаления опухоли брюшной полости с резекцией тонкой кишки и восстановлением проходимости межкишечным анастомозом «бок в бок». Интраоперационно установлено, что в брюшной полости имеется в небольшом количестве светлый выпот, имеющаяся опухоль (размерами 15,0×16,0×10,5 см) состоит из узловых образований различного размера с мелкими кистозными структурами (рис. 4а). При ревизии других отделов тонкой и толстой кишок, в брюшной полости, на брюшине, в печени и забрюшинно не выявлено признаков опухолевого поражения. Опухоль мобильна, с фиксированными двумя участками тонкой кишки свободно выведена в лапаротомную рану. К опухоли подходило три сосудистых шварты в виде тонких тяжей до 10-15 см по протяжённости, исходящих из забрюшинного пространства (рис. 4б). На момент операции выявлялись признаки тонкокишечной непроходимости, признанной субкомпенсированной по несоответствию диаметров приводящей и отводящей тонкой кишки, расширению просвета кишки на участке между зонами фиксации с опухолью. Резекция тонкой кишки с опухолью произведена таким образом, что проксимальная границы резекции находилась ~в 80 см от связки Трейца; дистальная – в 1,5 м от илеоцекального угла. Объём резекции тонкой кишки составил ~ 80 см (30 см выше 1-го контакта опухоли с тонкой кишкой + 30 см кишки между участками фиксации опухоли +20 см ниже 2-го контакта опухоли с тонкой кишкой). Межкишечный анастомоз «бок в бок» наложен двухрядным узловым швом. При предварительной обработке культей тонкой кишки использованы аппараты механического шва УО-40; механические швы погружены: на оральном конце – в 2 полукишечных и Z-образный швы, на аборальном – в кишечный и Z-образный швы.

Согласно данным гистологического исследования (№25545-52 от 26.09.2018г), удалённая опухоль была представлена: очагами некроза, отдельными пучками веретёновидных клеток, очагами гиалиноза межклеточного вещества, полнокровными сосудами; также отмечено, что митозы – единичные; по гистогенезу опухоль отнесена к гастроинтестинальным стромальным опухолям, указано о высокой агрессивности течения; необходимости уточнения гистогенеза по данным иммуногистохимического исследования.

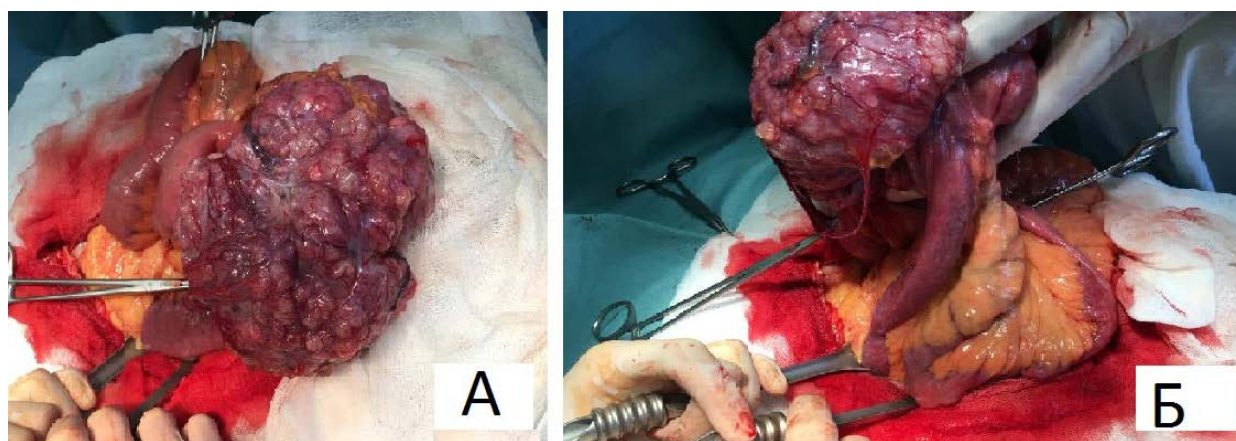


Рис. 4. Вид опухоли с окружающими тканями (интраоперационные фото). А – опухоль, состоящая из узловых образований различного размера с мелкими кистозными структурами. Б – к опухоли подходило три сосудистых шварты в виде тонких тяжей, исходящих из забрюшинного пространства

В послеоперационном периоде проводилось комплексное лечение с учётом риска возможных послеоперационных осложнений, включающее: внутривенные инфузии коллоидных и глюкозо-солевых растворов, введение наркотических и ненаркотических (кеторолак) анальгетиков, продолжение антибиотикотерапии цефтриаксоном, проведение гепаринотерапии, введение ингибиторов протонной помпы (сначала в/в; затем – приём внутрь), мексидола, применение эластичного бинтования нижних конечностей, гипотензивное лечение под контролем уровня артериального давления. Послеоперационный период протекал без осложнений. Контрольный трубчатый силиконовый дренаж брюшной полости (малого таза) удалён на 2-е сут. после

операции. Кожные швы с лапаротомной раны сняты на 11-е сут., заживление раны признано первичным натяжением. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии в отсутствии жалоб хирургического плана, рекомендовано: обращение к онкологу для уточнения гистогенеза удалённой опухоли и решения вопроса о необходимости химиотерапевтического лечения. По результатам проведения иммуногистохимического исследования (№ 856/18 от 09.10.2018 г.) исключён фенотип гастроинтестинальной стромальной опухоли, сделано заключение о наличии фенотипа лейомиомы (опухолевые клетки позитивны на актин SMA, десмин, Н-кальдесмон, негативны – на CD117, CD34, S100, NSE; Ki67 <1% опухолевых клеток).

Обсуждение клинического случая

Пациент обратился в поздние сроки развития патологии, что можно считать закономерным, принимая во внимание отношение лиц старческого возраста к своему здоровью. В этом возрасте и внимание врачей суживается основной патологией с акцентом на яркие клинические проявления, активный поиск возможной другой патологии не исключается при неясном диагнозе, но в большинстве подобных случаев, как правило, не практикуется, случайное её выявление на бессимптомной стадии – маловероятно. Большие размеры опухоли тонкой кишки у больного С-кова Я.С., 86 лет, не исключают факт её наличия в период стационарного лечения пневмонии годом раньше даже при предположении интенсивного роста, свойственного злокачественным опухолям. В изученных медицинских источниках нам не встретилось описание лейомиом и гастроинтестинальных стромальных опухолей у лиц старше 85 лет, поэтому наше наблюдение расширяет границу возраста пациентов, при которой возможно выявление данных опухолей.

На момент обращения за медицинской помощью у пациента имелось сочетание синдромов, ранее описанных как возможное проявление опухоли тонкой кишки: пальпируемая опухоль брюшной полости, тонкокишечная непроходимость, анемия. Особо следует отметить, что опухоль была мобильной и изменяла своё положение в брюшной полости, о чём свидетельствует сопоставление клинических данных с результатами МРТ-исследования. Отсутствие постоянства в местном статусе можно рассматривать как один из факторов, затрудняющих клиническую диагностику.

Рецидивирующий характер тонкокишечной непроходимости явился причиной для обращения за медицинской помощью и показанием к выбору оперативного лечения. Особенностью клинического случая следует считать положительный ответ на проведение консервативных лечебных мероприятий, направленных на купирование острой кишечной непроходимости. Разрешение кишечной непроходимости позволило выполнить необходимые инструментально-аппаратные исследования (УЗИ брюшной полости в динамике; обзорные рентгенографии брюшной полости и грудной клетки, фиброколоноскопию, МРТ брюшной полости, рентген-изучение пассажа взвеси сульфата бария по кишечнику). При этом следует подчеркнуть, что органная принадлежность опухоли не была точно установлена до операции. Только с учётом гистологического исследования удалённая опухоль признана опухолью тонкой кишки. До этого заключения предполагались: сначала – забрюшинное происхождение опухоли (диагноз первой госпитализации), затем – вероятным считался её рост из брыжейки тонкой кишки при неясности гистогенеза (послеоперационный клинический диагноз). Уместно отметить, что гастроинтестинальные стромальные опухоли могут иметь в 8% неорганную локализацию (брыжейка, забрюшинный отдел) [13] и называются экстрагастроинтестинальными [11]. Для гигантских опухолей случаи трудной органной диагностики не считаются редкостью. Наиболее показательным примером трудной дооперационной диагностики следует признать наблюдения лейомиом и гастроинтестинальных стромальных опухолей кишечника, протекающих у женщин под «маской» онкогинекологической патологии [7].

Мобильность опухоли создаёт благоприятные условия для выполнения операции по её удалению. Несмотря на большие размеры новообразований – они легко удаляются. Описаны опухоли на «ножках» [7]. В нашем случае мобильность опухоли объяснялась подвижностью петель тонкой кишки за счёт её брыжейки.

Интересен вопрос кровоснабжения гигантских лейомиом. При наличии «ножки» вопрос их питания достаточно ясен. В нашем клиническом наблюдении не исключается питание из брыжейки в зоне фиксации к ней опухоли. Дополнительно следует отметить, что чётко определялись три сосудистых шварты, которые подходили к опухоли с разных сторон из различных отделов забрюшинного пространства, напоминая удерживающие «канаты» с открытыми пространствами («окнами») между ними и опухолью. Гистологическое исследование одной из сосудистых шварт, специально иссечённой и отправленной отдельно от основного операционного материала, установило, что она состоит из участков плотной соединительной ткани и жировой клетчатки с толстостенными полнокровными сосудами. Для дискуссии

открытыми остаются вопросы: как и когда образовались эти отдельные сосудистые структуры, какую роль они имели в онкогенезе?

Аспекты хирургического лечения лейомиом, трудно отличимых от гастроинтестинальных стромальных опухолей в отсутствии иммуногистохимического исследования, включают соблюдение онкологических принципов абластики при выполнении операции. В ургентной хирургии это представляется особенно важным ввиду неясности гистоструктуры опухоли (её принадлежность к злокачественным или доброкачественным новообразованиям). Принимая данный факт во внимание, опухоли тонкой кишки можно считать «загадочной» патологией, прогностически не оценимой до результатов иммуногистохимического исследования. Гастроинтестинальные стромальные опухоли в отсутствии метастазирования, как и лейомиомы, даже в случае больших размеров, представляются доброкачественными. Однако в специальной литературе особо подчёркивается, что все гастроинтестинальные стромальные опухоли потенциально злокачественные, хотя первично до 70% определяются как доброкачественные новообразования; при длительном наблюдении отсутствие рецидивов регистрируется только у 10% пациентов [1, 13]. Для лейомиом – рецидивирование не характерно.

Различия в ведении пациентов в послеоперационном периоде определяют значимость иммуногистохимического исследования удалённой опухоли тонкой кишки, которое позволяет причислить её к лейомиомам и исключить её принадлежность к потенциально злокачественным гастроинтестинальным стромальным опухолям.

Выводы

1. Лейомиомы тонкой кишки сходны с гастроинтестинальными стромальными опухолями по многим клиническим параметрам и имеют свою «нишу» в экстренной хирургии.
2. Старческий возраст не является исключением для возможного развития лейомиомы тонкой кишки, при этом она может достигать больших размеров и иметь хирургические осложнения в условиях игнорирования своевременного обращения за медицинской помощью.
3. При рецидивирующей тонкокишечной непроходимости имеются обоснованные трудности дооперационной диагностики органной принадлежности опухоли при неясности её гистогенеза.
4. Следует относиться к любым опухолям тонкой кишки как к злокачественным опухолям, принимая во внимание неясность их гистогенеза во время выполнения ургентной операции и возможный потенциал злокачественности.
5. Прогноз хирургического лечения осложнённых опухолей тонкой кишки, лейомиом – в частности, у пациентов старческого возраста может быть благоприятным.

Литература (references)

1. Богомолов Н.И., Пахольчук П.П., Томских Н.Н. Стромальные опухоли желудочно-кишечного тракта (ГИСО): опыт диагностики и лечения // Acta Biomedica Scientifica. 2017. – Т.2, №6. – С. 52-58. [Bogomolov N.I., Pahol'chuk P.P., Tomskih N.N. Acta Biomedica Scientifica. – 2017. – V.2, N6. – P. 52-58. (in Russian)]
2. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. [Abdominal'naja hirurgija: Nacional'noe rukovodstvo. Abdominal surgery National guide. Pod red. I.I. Zatevahina. E.D. I.I. Zatevahin. – Moscow: GJEOTAR-Media, 2017. (in Russian)]
3. Копп М.В., Королёва И.А. Мультидисциплинарный подход в диагностике и лечении гастроинтестинальных стромальных опухолей // Journal of malignant tumors. 2013. – Т.1, №1. – С. 15-27. [Kopp M.V., Korol'jova I.A. Journal of malignant tumors. – 2013. – V.1, N1. – P. 15-27. (in Russian)]
4. Кротова Э.В., Морозов С.П., Зыков А.С. Хроническое рецидивирующее кишечное кровотечение. Лейомиома тощей кишки // REJR. 2012. – Т.2, №2. – С. 60-63. [Krotova Je.V., Morozov S.P., Zykov A.S. REJR. – 2012. – V.2, N2. – P. 60-63. (in Russian)]
5. Матроницкий Р.Б., Чупрынин В.Д., Мельников М.В. Лейомиома тонкой кишки как причина острой кишечной непроходимости // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2013. – Т.3, №3. – С. 69-71. [Matronickij R.B., Chuprynin V.D., Mel'nikov M.V. Jeksperimental'naja i klinicheskaja gastrojenterologija. Experimental and clinical gastroenterology. 2013. – V.3, N3. – P. 69-71. (in Russian)]

6. Маховский В.З., Маховский В.В., Ворушили В.А. Лейомиома тонкой кишки, осложнённая кровотечением // Хирургия. 2010. – Т.1, №4. – С. 58-59. [Mahovskij V.Z., Mahovskij V.V., Vorushilin V.A. *Hirurgija. Surgery*. 2010. – V.1, N4. – P. 58-59. (in Russian)]
7. Мимоход А.А., Знаменский А.А. Лейомиома тонкой кишки // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2017. – Т.12, №2. – С. 139-141. [Mimohod A.A., Znamenskij A.A. *Vestnik Nacional'nogo mediko-hirurgicheskogo Centra im. N.I. Pirogova*. Bulletin of the National medical and surgical Center. N. And. Pirogov. 2017. – V.12, N2. – P. 139-141. (in Russian)]
8. Прибыткин А.А., Денисова Н.В., Нарезкин Д.В., Сергеев А.В. Клинический случай лейомиомы редкой локализации. // Вестник СГМА. 2017. – Т.16, №3. – С. 106-111. [Pribytkin A.A., Denisova N.V., Narezkin D.V., Sergeev A.V. *Vestnik SGMA. Vestnik of SSMA*. 2017. – V.16, N3. – P. 106-111. (in Russian)]
9. Тищенко А.М., Смачило Р.М., Черняев Н.С., Сочнева А.Л. Лейомиомы тонкой кишки – скрытое заболевание с опасными осложнениями // Онкология. 2016. – Т.2, №2. – С.5-9. [Tishhenko A.M., Smachilo R.M., Chernjaev N.S., Sochneva A.L. *Onkologija. Oncology*. 2016. – V.2, N2. – P. 5-9. (in Russian)]
10. Сидоренко А.Б., Григорьев Н.С. Лейомиома подвздошной кишки с рецидивирующим кишечным кровотечением // Science and world. – 2015. – Т.1, №9. – С. 129-130. [Sidorenko A.B., Grigor'ev N.S. *Science and world*. – 2015. – V.1, N9. – P. 129-130. (in Russian)]
11. Юричев И.Н., Бурдюков М.С., Нечипай А.М., Чистякова О.В. Гастроинтестинальные стромальные опухоли: проблемы диагностики и лечения // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2012. – Т.6, №9. – С. 60-66. [Jurichev I.N., Burdjukov M.S., Nechipaj A.M., Chistjakova O.V. *Jeksperimental'naja i klinicheskaja gastrojenterologija*. Experimental and clinical gastroenterology 2012. – V.6, N9. – P. 60-66. (in Russian)]
12. Яицкий Н.А., Седнев А.В. Доброкачественные опухоли тонкой кишки // medbe.ru: Медицинский Интернет-журнал. 19.12.2018. URL:<http://medbe.ru/materials/rak-kishechnika-ili-kolorektalnyy-rak/opukholi-toshchey-i-podvzdoshnoy-kishok/> [Jaickij N.A., Sednev A.V. *Dobrokachestvennye opuholi tonkoj kishki. medbe.ru: Medicinskij Internet-zhurnal*. International science internet journal. 19.12.2018. URL: <http://medbe.ru/materials/rak-kishechnika-ili-kolorektalnyy-rak/opukholi-toshchey-i-podvzdoshnoy-kishok/> (in Russian)]
13. Оптимизация тактики ведения ГИСО (комплексная междисциплинарная обучающая программа для повышения квалификации специалистов по всему миру) // present5.com: Медицинский Интернет-журнал. URL:<http://present5.com/razyasnenie-otvetstvennosti-predstavlennaya-nauchnaya-informaciya-mozhet-vklyuchat-dannye/> [present5.com: *Medicinskij Internet-zhurnal*. International Science Internet Journal. URL: <http://present5.com/razyasnenie-otvetstvennosti-predstavlennaya-nauchnaya-informaciya-mozhet-vklyuchat-dannye/> (in Russian)]

Информация об авторах

Ломаченко Юрий Иванович – доктор медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, врач-хирург отделения неотложной хирургии №2 ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Смоленска. E-mail: lomatchenko@mail.ru

Соколов Алексей Николаевич – врач-хирург отделения неотложной хирургии №2 ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Смоленска. E-mail: aleks170994@yandex.ru

Сухаруков Александр Сергеевич – клинический ординатор кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: aleks170994@yandex.ru