

А.Д. Быков, Г.Ф. Жигаев, В.А. Филиппов, Б.Г. Гармаев

## ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ, ВЫЗВАННОГО АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИЕЙ СТЕНКИ ТОНКОЙ КИШКИ, В УСЛОВИЯХ ВЫРАЖЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)  
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Термин «сосудистая мальформация» (malformation — неправильное развитие) включает мальформацию нормальных вен (венозная ангиома) или артерий, напрямую переходящих в вены (артериовенозная мальформация или АВМ). Этиология артериовенозных мальформаций (АВМ) кишечника неизвестна, но у многих это клиническое состояние сочетается с такими патологиями, как выраженный клапанный порок сердца, хроническая почечная недостаточность, радиационное поражение кишечника, хронические заболевания печени, сосудистые коллагенозы и синдром Рандю — Ослера — Вебера.

### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОЗ

Артериовенозные мальформации часто бывают источником кровотечения у взрослых. Они лучше всего выявляются при эндоскопии или колоноскопии, имеют вид красных сосудистых образований в слизистой или подслизистой, когда причиной желудочно-кишечного кровотечения являются АВМ (Василенко Д.А., Минник С.А., 1955; Воробьев Г.И. с соавт., 1986; Atten M.J. et al., 2000). Клиническое течение имеет рецидивирующий характер с хронической анемией или тяжелым острым желудочно-кишечным кровотечением. Чаще всего мальформации отмечаются в желудке, двенадцатиперстной кишке, проксимальной части тонкой кишки и восходящей ободочной кишке. Локализация кровотечения при радиационной телеангиэктазии кишечника зависит от области, подвергшейся облучению.

Среди АВМ верхних отделов желудочно-кишечного тракта наиболее часты следующие:

1. Синдром Рандю — Ослера — Вебера с телеангиэктазиями в области желудка, двенадцатиперстной кишки или проксимального отдела тонкого кишечника.
2. Ангиома в верхних отделах желудочно-кишечного тракта без других особенностей синдрома Рандю — Ослера — Вебера.
3. «Арбузный желудок» (поражение центральной части желудка с характерными сосудистыми полосами).

При этих поражениях часто имеют место гематемезис или мелена. Среди поражений нижних отделов желудочно-кишечного тракта выделяются:

- ангиодисплазия, обычно затрагивающая восходящую ободочную кишку;
- радиационная телеангиэктазия с локализацией в ректосигмоидальной области (так как облучение часто используется при лечении злокачественных поражений области малого таза);
- телеангиэктазии ободочной кишки при синдроме Рандю — Ослера — Вебера, которые редко бывают причиной кровотечения.

Диагноз кровотечения, связанного с АВМ, обычно ставится при верхней эндоскопии желудочно-кишечного тракта, колоноскопии или эндоскопии тонкого кишечника (в зависимости от локализации кровоточащего участка и от синдрома). При селективной ангиографии, эндоскопической биопсии или во время операции артериовенозные мальформации часто не выявляются. Возможность обнаружить их при эндоскопии зависит от особенностей микроциркуляции в слизистой кишечника, которая может изменяться при состояниях, сопровождающихся снижением объема циркулирующей крови, при анестезии и при уменьшении сердечного выброса. Сканограммы, полученные с использованием меченных технецием эритроцитов, и висцеральные ангиограммы менее чувствительны, и с их помощью диагноз ставится реже. При этих поражениях часто имеют место гематемезис или мелена.

### ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ

Радикальное лечение основного заболевания или состояний, предрасполагающих к желудочно-кишечным кровотечениям (например, вальвулопластика при пороках сердца или пересадка почки), может избавить больного от кровотечений, связанных с ангиомой верхних отделов желудочно-кишечного тракта или с ангиодисплазией толстой кишки. Антрумэктомию может быть показана при «арбузном желудке». Эндоскопическая коагуляция (термозондом или биполярным электрокаутером) является паллиативным методом лечения, так как у больных с высоким риском в течение 2 месяцев могут развиться новые артериовенозные мальформации. В некоторых случаях помогает прием препаратов на основе комбинаций эстрогенов с прогестероном. При железодефицитной анемии часто требуются препараты железа. Раннее выявление рецидивов артериовенозной мальформации (АВМ) и связанных с ними кровотечений обеспечивается анализом кала на скрытую кровь, а также серийных измерений гематокритного числа и сывороточного уровня железа. В большинстве случаев с желудочно-кишечными кровотечениями и

анемией можно справиться путем длительного лечения железосодержащими препаратами и периодической эндоскопической коагуляции новых АВМ.

*Клинический пример*

*Пациент N., 42 года, переведен в отделение реанимации РКБ 05.11.2010 г. из Кабанской ЦРБ с признаками профузного кишечного кровотечения. Заболел 30.10.2010 г., когда появился стул с примесью крови со сгустками, общая слабость, головокружение. Осмотрен врачом скорой помощи 01.11.2010 г., госпитализирован в хирургическое отделение ЦРБ. Проводилась гемостатическая, кровезамещающая, инфузионная терапия. Эффекта от проводимой терапии не достигнуто, сохранялись признаки кишечного кровотечения. Транспортирован в отделение реанимации РКБ. Из анамнеза выяснено, что с 2007 г. страдает фибрилляцией предсердий. С мая 2010 г. принимает варфарин – 2,5 мг в сутки без контроля МНО. Общее состояние при поступлении тяжёлое. В сознании. Жалобы на многократное выделение крови со сгустками из анального канала, головокружение, общую слабость, ноющие боли в области сердца, сердцебиение. Кожные покровы, слизистые бледные, периферические лимфоузлы не увеличены. Ожирение I степени. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца аритмичные, приглушены, ЧСС – 140 уд./мин, пульс – 100 уд./мин, А/Д – 130/80 мм рт. ст. Поколачивание по costo-verteбральным углам безболезненное. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, слегка болезненный в верхних отделах, правом подреберье при глубокой пальпации. Край правой доли печени на 5 см выступает из-под рёберной дуги, болезненный. Отмечаются отёки нижних конечностей до коленных суставов. Суточный диурез до 1 литра. Стула не было в течение 5 суток. При пальцевом исследовании в ампуле прямой кишки – кровь со сгустками.*

*В общем анализе крови при поступлении: Hb – 38 г/л; эр. –  $1,2 \times 10^{12}/л$ , L –  $8,3 \times 10^9/л$ ; п/я – 3; с/я – 54; л. – 23; м. – 4. В общем анализе мочи: уг. вес – 1018; белок – 0,33 г/л; МНО – 2,4. Экстренно госпитализирован в отделение реанимации, начато переливание одногруппной крови и кровезаменителей, гемостатическая, симптоматическая терапия. После проведенной интенсивной терапии кровотечение продолжается, Hb – 87 г/л, лечение продолжено. 07.11.2010 г.: Hb – 46 г/л. 08.11.2010 г. произведено переливание более всего объёма циркулирующей крови, Hb – 48 г/л.*

*При фиброгастроэнтероэнтерографии источника кровотечения не выявлено, при колоноскопии осмотрена вся ободочная кишка, источника кровотечения не найдено. Замечено подтекание крови из тонкой кишки.*

*Состояние пациента остаётся тяжёлым. Кожные покровы бледные, одышка, цианоз носогубного треугольника. Тоны сердца аритмичные, ЧСС – 136 уд./мин., А/Д – 100/60 мм рт. ст. Учитывая продолжающееся кровотечение, неэффективность консервативной терапии, решено провести оперативное лечение. 08.11.2010 г. под эндотрахеальным наркозом произведена срединная лапаротомия. В брюшной полости более 3 литров прозрачной асцитической жидкости, которая эвакуирована электроотсосом. При ревизии брюшной полости на расстоянии до 1,5 метров от связки Трейтца обнаружена инфильтрация стенки тонкой кишки на протяжении с изъязвлением снаружи и выраженным варикозным расширением вен подслизистого слоя, которые видны через серозно-мышечную оболочку кишки, что расценено как артериовенозная мальформация стенки тонкой кишки. Выполнена резекция 30 см тонкой кишки с анастомозом «конец в конец», дренирование брюшной полости двумя силиконовыми трубками. Наложены послойные швы на рану брюшной стенки. Резецированный участок тонкой кишки направлен на гистологическое исследование.*

*Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Признаков кровотечения нет. Hb – 118 г/л. Швы сняты на 9-е сутки. Выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга, кардиолога по месту жительства.*

**А.Д. Быков, Г.Ф. Жигаев, Д.А. Дороган**

**СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ДРЕНИРОВАНИЯ ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ**

**Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)  
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)**

**ВВЕДЕНИЕ**

«Ни в одной области не приходится хирургу бывать иногда в таком затруднительном положении, как при операциях на желчных путях, и нигде нельзя повредить так больному малейшей ошибкой, допущенной при операции» (Фёдоров С.П., 1918). Хирургические вмешательства, выполняемые больным по поводу калькулёзного холецистита и его осложнений, стали обычным методом лечения этого забо-