© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ - 1997
УДК 616.342 - 005.1

МАЛЬФОРМАЦИЯ СОСУДОВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ КАК ПРИЧИНА ДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

А.А. Реут, С.П. Чикотеев, В.Я. Булыгин, С.В. Неретина, С.М. Кузнецов, П.Д. Метревели

(Иркутский государственный медицинский университет - ректор акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра факультетской хирургии - зав. проф. А.А. Реут. Факультетская хирургическая клиника - гл. врач проф. Г.М. Гайдаров)

Резюме. Приводится случай наблюдаемого в клинике рецидивирующего желудочно-кишечного кровотечения вследствие сосудистой мальформации.

Гастродуоденальное кровотечение является частой причиной поступления больных в хирургические стационары. Летальность в данной группе больных остается достаточно высокой, хотя и имеет тенденцию к снижению [1-4].

В структуре причин желудочно-кишечных кровотечений ведущая роль (40-65%) принадлежит язвенной болезни [1-5]. В последнее время отмечается рост числа не язвенных кровотечений, что, возможно, обусловлено совершенствованием способов диагностики. В ряде случаев, несмотря на широкое внедрение эндоскопических, радионуклидных, рентгенологических методов исследования, источник гастродуоденального кровотечения остается не выявленным - в 1.3-13% случаев до операции, а в 5% последний не обнаруживают даже на вскрытии [2, 3].

Кровотечения из двенадцатиперстной кишки не язвенной этиологии составляют менее 1% всех желудочно-кишечных кровотечений. Причиной в данном случае могут быть: дивертикулы, полипы, злокачественные заболевания двенадцатиперстной кишки, а также опухоли, прорастающие в нее из соседних органов, аневризмы брюшной аорты и ветвей чревной артерии [2, 3]. В доступной литературе мы не встретили сообщений о мальформации сосудов двенадцатиперстной кишки, послужившей причиной дуоденального кровотечения. Только В.П. Петров и соавт. (1987 г.), со ссылкой на зарубежные источники, описывают колоректальные кровотечения на почве порока развития сосудов кишечной стенки.

Сосудистые мальформации представляют собой локализованные образования микроскопических размеров. Могут быть приобретенными, развивающимися в результате повторяющихся обструкций вен подслизистого слоя, что приводит к образованию артериовенозных шунтов, врожденными и наследственными. Клинически проявляют себя кровотечениями в просвет кишечной трубки различной интенсивности. Это могут быть явления анемии, когда факт кровотечения устанавливается проведением реакции на скрытую кровь, и случаи массивной кровопотери, приводящей к коллаптоидному состоянию больного. Отмечается рецидивирующий характер кровотечений, хотя в большинстве случаев они хорошо поддаются консервативной терапии и способны останавливаться даже самостоятельно.

Диагностика данной патологии довольно сложна, учитывая, что эндоскопия в этом случае, особенно при остановившемся кровотечении, малоинформативна. Более оптимальным методом является селективная артериография, позволяющая выявить источник даже в «холодном» периоде. Ангиографическими признаками в данном случае будут: истончение внутристеночных вен с расширением подслизистых вен, образование сосудистого «пучка» и наличие артериовенозных соединений.

Лечение сосудистых мальформаций проводят воздействием через эндоскоп, окклюзией артериальных сосудов и хирургическим методом. Показания к экстренной операции возникают редко, но, учитывая рецидивирующий характер кровотечения, все больные с выявленными сосудистыми мальформациями подлежат оперативному лечению.

Мы наблюдали случай дуоденального кровотечения на почве мальформации сосудов двенадцатиперстной кишки. Приводим историю данного больного.

Больной О. 46 лет симптомы хронической кровопотери отмечал в течение около 25 лет, к врачам не обращался. Впервые госпитализирован в терапевтическое отделение МСЧ ИАПО в 1992 г. с диагнозом: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением. По поводу чего проведен курс консервативной терапии с положительным эффектом. Однако в последующем отмечал рецидивы кровотечения практически ежегодно. В 1993 г. оперирован в хирургическом отделении МСЧ ИАПО - на высоте кровотечения выполнена дуоденотомия, источника кровотечения не обнаружено. В 1994 г. во время очередного рецидива кровотечения обследован в гематологическом отделении ОКБ - патологии со стороны органов кроветворения и желудочно-кишечного тракта не выявлено. В

октябре 1996 г. госпитализирован в факультетскую хирургическую клинику с симптомами кишечного кровотечения. При обследовании источник последнего не выявлен, кровотечение остановлено консервативно. Подобная ситуация наблюдалась в феврале 1997 г. В марте больной вновь поступает в клинику с очередным рецидивом кровотечения. При проведении фиброгастродуоденоскопии в месте перехода верхней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки в нисходящую, на боковой стенке - острая язва до 5 мм в диаметре, с плотным тромбом в центре. 25.03.97 произведена резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру. Язва удалена с препаратом. Гистологически: глубокая эрозия слизистой. Выписан в удовлетворительном состоянии. 21.04.97 вновь госпитализирован в клинику с проявлениями кишечного кровотечения. По данным фиброгастродуоденоскопии: остановившееся кровотечение, скорее всего из анастомоза. Начато проведение гемостатической терапии, на фоне которой отмечена отрицательная динамика в состоянии больного, снижение показателей красной крови. В связи с чем, 23.04.97 г. по жизненным показаниям выполнена лапаротомия, дуоденотомия, интраоперационная дуоденоскопия, энтеротомия, интраоперационная энтероскопия. Осмотрены: культя двенадцатиперстной кишки, анастомотическая камера, тонкая кишка до илеоцекального перехода. По эндоскопической картине высказаться за источник кровотечения невозможно. В просвете культи двенадцатиперстной кишки - свежая кровь; источника кровотечения в ней и тонком кишечнике не выявлено. Учитывая вышеизложенное, решено произвести перевязку желудочно-двенадцатиперстной артерии. Послеоперационный период осложнился образованием кисты поджелудочной железы. Последняя пунктирована под контролем компьютерной томографии. УЗ исследования, дренирована, с формированием наружного панкреатического свища. После проведения консервативной терапии, уменьшения дебита отделяемого из свища, больной в удовлетворительном состоянии выписан на медицинскую паузу. В июле 1997 г. - очередной рецидив кровотечения. Проведена ангиография системы чревного ствола и верхней брыжеечной артерии - в проекции коллатералей верхней и нижней панкреато-дуоденальных артерий диагностирован порок развития артериального русла, предположительно аневризма. После предоперационной подготовки, направленной на устранение анемии, дефицита ОЦК, нарушений обменных функций, с диагнозом: рецидивирующее кишечное кровотечение неясной этиологии, возможно аневризма бассейна поджелудочно-двенадцатиперстных артерий, свищ поджелудочной железы, больной взят на операцию. Выполнена 3.09.97 панкреато-дуоденальная резекция с иссечением панкреато-дуоденального свища, наложением панкреатикоэнтероанастомоза на «скрытом дренаже» и холедохоэнтероанастомоза на выключенной петле (проф. С.П. Чикотеев). При осмотре макропрепарата визуально источника кровотечения не найдено. После фиксации препарата в растворе формалина и послойной его нарезке на заднелатеральной стенке двенадцатиперстной кишки, в проекции большого дуоденального сосочка найден дефект слизистой, сообщающийся с полостью аневризмы. Гистологическое заключение: В подслизистом слое двенадцатиперстной кишки имеется гематома, с расслаиванием межмышечного слоя, признаками организации. Отмечается избыточность сосудов артериол и венул, до артерий и вен в окружающих тканях подслизистой. При окраске пикрофуксином отмечается наличие остова сосудов в толще гематомы, некоторые со склерозированием, гиалинизированием стенки. Заключение: Порок развития сосудов по типу мальформации.

Послеоперационный период протекал удовлетворительно. С нормальными показателями крови, общим хорошим самочувствием больной выписан на 29-е сутки после операции. Осмотрен через 3 месяца: состояние удовлетворительное, признаков желудочно-кишечного кровотечения нет, ведет активный образ жизни.

Литература

1. *Лубенский Ю.М., Нихинсон Р.А., Грушкин В.А., Зуев В.С. и др.//* Хирургия. - 1989. - № 10. - С. 44-47.
2. *Петров В.П., Ерюхин И.А., Шемякин И.С.* Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта. - М.: Медицина, 1987. - 276 с.
3. *Пономарев А.А., Курыгин А.А.* Редкие неопухолевые хирургические заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. - Л.: Медицина, 1987. - 232 с.
4. *Чикотеев С.П.* Диагностика и лечение гастродуоденального кровотечения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Иркутск, 1994. - 43 с.
5. *Чухриенко Д.А., Березницкий Я.С., Горобец Н.Л.//* Хирургия. - 1983. - № 2. - С. 28-32.

DUODENUM VESSEL'S MALFORMATION AS A CAUSE OF DUODENAL HEMORRHAGE

A.A. Reut, S.P. Chicoteev, V.Ya. Buligin, S.V. Neretina, S.M. Kusnecov, P.D. Metreveli

(Irkutsk State Medical University)

The case of relapse gastrointestinal hemorrhage because of vessel's malformation is described.