

УДК: 617.433.3

## Рецидивирующие кишечные кровотечения – трудности диагностики

Г. Шахбазиди

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь

**Ключевые слова:** кишечные кровотечения, видеокапсульная эндоскопия, опухоль тонкой кишки, полип на ножке

**Ж**елудочно-кишечные кровотечения - одна из наиболее частых причин экстренной госпитализации в стационары хирургического профиля. Терапевтическая задача при кровотечении из желудочно-кишечного тракта заключается в том, что состояние больного должно быть стабилизировано, кровотечение остановлено и проведено лечение, целью которого является предотвращение впоследствии эпизодов ЖКК. Для этого необходимо установить источник кровотечения и его локализацию. К числу самых серьезных ошибок, которые могут иметь весьма тяжелые последствия, относятся недооценка тяжести состояния больного и начало диагностических и лечебных манипуляций без достаточной подготовки пациента. [1]

По современным представлениям основными причинами кровотечений из нижних отделов ЖКТ являются следующие причины:

- ангиодисплазии тонкой и толстой кишки;
- дивертикулез кишечника (в том числе дивертикул Меккеля);
- опухоли и полипы толстой кишки;
- опухоли тонкой кишки;
- хронические воспалительные заболевания кишечника;
- инфекционные колиты;
- ишемические поражения кишечника;
- радиационный колит;
- туберкулез кишечника;
- геморрой и анальные трещины;
- инородные тела и травмы кишечника;
- аортокишечные свищи;
- гельминтозы. [2]

С точки зрения диагностики определённый ин-

терес представляет нижеописанный клинический случай: Пациент В. 66 лет поступил в гастроэнтерологическое отделение КРУ КБ им. Семашко г. Симферополя 12.09.2008 г. со следующими жалобами:

- Периодические кровотечения из прямой кишки
- Отрыжка воздухом
- Быстрое чувство насыщения и переполнения желудка во время еды
- Общая слабость
- Запоры от трёх до пяти дней
- Вздутие живота

Из анамнеза заболевания известно следующее:

Пациент длительное время страдал запорами, а в 2000 году в сильно ослабленном состоянии был впервые госпитализирован в плановом порядке в проктологическое отделение КРУ «КБ им. Н.А. Семашко г. Симферополя, где был выставлен диагноз: Долихомегаколон (сопутствующий диагноз: хроническая гипохромная анемия). От предложенного тогда же оперативного лечения больной отказался и, учитывая низкий уровень гемоглобина, была проведена гемотрансфузионная терапия (эритроцитарная масса 700 мл.) Тогда же 21.06.2000г – на ФКС обнаружен полип сигмовидной кишки.

В 2004 году больной был госпитализирован в терапевтическое отделение 7-ой городской больницы с диагнозом: Хронический дуоденит, эрозии антрального отдела желудка, железодефицитная анемия и долихомегаколон. Проведено лечение: Тотема, Витамин В12, проведена гемотрансфузионная терапия – эритроцитарная масса 460 мл.

С марта по сентябрь 2008 года пациент был пять раз госпитализирован в хирургическое отделение 6-ой городской больницы г. Симферополя с диа-

Табл. 1.

## Общий анализ крови

|                            | 15.09.08 | 17.09.08 | 24.09.08 | 29.09.08 | 03.10.08 | 08.10.08 | 13.10.08 | 17.10.08 |
|----------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Hb (г/л)                   | 130      | 127      | 115      | 96       | 81       | 92       | 96       | 108      |
| эп. (x10 <sup>12</sup> /л) | 4,34     | 3,88     | 3,88     | 3,53     | 3,37     | 3,07     | 3,60     | 3,66     |
| ЦП                         | 0,90     | 0,93     | 0,88     | 0,80     | 0,80     | 0,80     | 0,80     | 0,80     |
| Le (x10 <sup>9</sup> /л)   | 8,8      | 9,3      | 12,7     | 8,8      | 10,2     | 7,0      | 5,7      | 9,0      |
| Tr(x10 <sup>9</sup> /л)    | 230      | 200      | 210      | 260      | 200      | 230      | 210      | 230      |
| СОЭ (мм в час)             | 5        | 2        | 7        | 5        | 6        | 21       | 5        | 3        |

Табл. 2.

## Сывороточное железо:

| 15.09.2008 | 02.10.2008 | 14.10.2008 |
|------------|------------|------------|
| 7,0        | 3,7        | 12,8       |

Табл. 3.

## Кал на скрытую кровь:

| 15.09.2008 | 13.10.2008    | 20.10.2008 |
|------------|---------------|------------|
| положит    | слабо положит | положит    |

гнозом: Эрозивный гастродуоденит, Осложнение основного заболевания: Желудочно-кишечное кровотечение. Проведено лечение: инфузионно-капельная, гемостатическая, гемотрансфузионная (эр.масса 570 мл., СЗП 320 мл.), обезболивающая и противоязвенная терапия.

В анамнезе жизни стоит обратить внимание на то, что имел место длительный, продолжавшийся более десяти лет, ежедневный приём Аскофена от 1 до 3 таблеток в день курсами по 5 – 6 месяцев по поводу цефалгии:

Данные объективного обследования. Рост — 174 см. Вес — 65 кг. Температура тела — 36,4°C. Общее состояние средней степени тяжести. Положение активное. Периферические лимфоузлы не увеличены. Кожные покровы и видимые слизистые — бледные. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка не деформирована, участвует в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. ЧДД — 17 в минуту. Аускультативно дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные ритмичные. АД — 140/90 мм. рт. ст. Пульс — 88 в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот: симметричный, участвует в акте дыхания, в размерах не увеличен, безболезненный при пальпации, несколько вздут. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. Стул оформленный — один раз в три – пять дней, иногда с кровью (со слов боль-

ного).

## Основные результаты лабораторных исследований:

Как видно из таблиц 1-3, показатели общего анализа крови и сывороточного железа были ниже нормы (больной поступил с кровотечением), но в результате проведенного лечения удалось добиться положительной динамики. Анализ кала на скрытую кровь был положительным в течение всего лечения.

## Данные инструментальных методов обследования:

ФГС (18.09.08) Хронический гастрит, полные эрозии антрального отдела желудка Биопсия: Поверхностный гастрит. Участки фовеолярной гиперплазии. Уреазный тест- отрицательный.

ФКС Источника кровотечения в толстой кишке нет. Полип Сигмовидной кишки (0,4см) Биопсия не взята.

Рентген желудка (06.10.08) Гастродуоденит, дуоденогастральный рефлюкс.

Ирригоскопия (19.09.08) Сигма удлинена, имеет дополнительную петлю. В нисходяще-ободочной кишке определяется дополнительный изгиб. В остальные отделы контраст не прошёл.

Учитывая, что в результате предыдущих исследований не был выявлен источник кровотечения, было предложено провести видеокапсульную эндоскопию.

Видеокапсульная эндоскопия - Пищевод без особенностей. В желудке рельеф и состояние слизистой оболочки обычное. В просвете его умеренное количество слизи. Время эвакуации из желудка 16 мин. На слизистой несколько мелкоточечных эрозий под гематином. Дуоденум — слизистая обычной окраски, наблюдаются единичные точечные эрозии под гематином. В тощей и подвздошной кишке слизистая обычной окраски, ворсинчатый рельеф сохранён. На этапе 3 часа 38 мин. 18 сек. выявлено опухолевидное образование, занимающее около 1/3-1/4 просвета тонкой кишки с неизменной слизистой на тех участках, которые доступны осмотру. На этапе 5 час. 10 мин. 16 сек. отмечен полип на ножке тонкой кишки с неизменной слизистой. Заключение: Опухоль тонкой кишки. Полип тонкой кишки на ножке.



Рис. 1. Опухоль тонкой кишки



Рис. 2. Полип тонкой кишки на ножке

На основании полученных результатов видеокапсульной эндоскопии сформулирован окончательный диагноз: Опухоль тонкой кишки. Полип тонкой кишки на ножке. НПВП – гастропатия: эрозии антрального отдела желудка. Рецидивирующее кровотечение из опухоли тонкой кишки (2004-2008). Хроническая постгеморрагическая анемия

Во время пребывания в стационаре было проведено следующее лечение: Барол, Фестал, Дуфалак, Гино-тардиферон, Нексиум, Де-нол, Этамзилат, 5-АКК, Викасол, Асакол, Физ. р-р + Анальгин + Папаверин + Аскорб.к-та + панангин + Церукал + ККБ.

Больному была рекомендована консультация в отделении проктологии КРУ «ОКД» г.Симферополя для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения. 27.10.08. больной был госпитализирован в отделение проктологии КРУ «ОКД» 30.10.08 была произведена операция – резекция тонкой кишки (гистология – карциноид). 10.11.08 выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение онколога по месту жительства. В дальнейшем после операции кишечные кровотечения не повторялись. В настоящее время состояние больного удовлетворительное. Больной наблюдается у онколога по месту жительства.

#### Литература

1. А. Овчинников. Желудочно-кишечные кровотечения. Журнал «Врач» N2. Издательский Дом «Русский врач» Москва 2002 г.
2. А.А. Шептулин. Кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Русский Медицинский журнал. Приложение «Болезни органов пищеварения». Том 2, № 2. Москва 2002 г. С - 36

#### Рецидивуючі кишкові кровотечі – труднощі діагностики.

*Розбір клінічного випадку.*

Г. Шахбазіді

У статті указується на труднощі діагностики рецидивуючих кишкових кровотеч і детально розглядається цікавий з погляду діагностики клінічний випадок.

#### Recurrent intestinal bleedings – difficulties of diagnostics.

*Analysis of the clinical case.*

G. Shakhbazidi

The difficulties in the diagnostics of recurrent intestinal bleedings and the interesting from the standpoint of diagnostics clinical case are examined in detail in the article.