

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИСТОЧНИКА ТОНКОКИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

КРАСИЛЬНИКОВ ДМИТРИЙ МИХАЙЛОВИЧ, ORCID ID: 0000-0003-4973-4040; SCOPUS ID: 6508327107; докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургических болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: dmkras131@gmail.com

МИРГАСИМОВА ДЖАУХАРИЯ МИРХАТИМОВНА, канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 420012, Россия, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: d.mirgasimova@yandex.ru

АБДУЛЬЯНОВ АЙДАР ВАСЫЛОВИЧ, канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: aabdulianov@mail.ru

ЗЕФИРОВ РУСЛАН АНДРЕЕВИЧ, канд. мед. наук, зав. отделением хирургии №1 ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, 420064, Россия, Казань, Оренбургский тракт, 138, e-mail: abdominalsurgery@mail.ru

ЗАХАРОВА АННА ВИКТОРОВНА, канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургических болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова 49, e-mail: zahanna83@yandex.ru

МАТВЕЕВ ВАЛЕРИЙ ЮРЬЕВИЧ, канд. мед. наук, зав. отделением торакальной хирургии №1 ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, Россия, 420064, Казань, Оренбургский тракт, 138, e-mail: lavmat@mail.ru

СЕМЕНОВА ИРИНА ИВАНОВНА, аспирант кафедры хирургических болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: irena.1981@mail.ru

Реферат. Цель исследования – представить клинический случай наблюдения пациента с гемангиомой тонкой кишки, осложненной рецидивными кровотечениями. **Материал и методы.** Проведено комплексное обследование, выявлены особенности клинического течения и оказания медицинской помощи в ГАУЗ РКБ МЗ РТ у пациента с рецидивирующим тонкокишечным кровотечением. **Результаты и их обсуждение.** Пациент, 57 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость, возникающие головокружения, особенно при физических нагрузках, быструю утомляемость, снижение аппетита. Из анамнеза установлено, что на протяжении последних 6 лет ежегодно у пациента возникают желудочно-кишечные кровотечения тяжелой степени тяжести. Пациенту неоднократно проводилось консервативное лечение, следующие обследования: эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, видеокапсульная эндоскопия. Однако источник кровотечения не был выявлен. Во время прохождения стационарного лечения в ГАУЗ РКБ МЗ РТ ему была выполнена рентгеновская компьютерная томография, при которой была выявлена опухоль, располагающаяся под поджелудочной железой, размерами 40×44×58 мм. Во время оперативного вмешательства определилось опухолевидное образование в области перехода двенадцатиперстной кишки в тощую кишку, исходящее из стенки тощей кишки по брыжеечному краю, сращенное с мезентериальными сосудами, на расстоянии 40 мм от связки Трейтца, неправильной формы, размерами 50×50×58 мм, темно-красного цвета, с выраженным венозным рисунком, мягко-эластической консистенции, легко травмируется, кровит. Проподимость по кишке не нарушена. Произведено отделение опухоли от мезентериальных сосудов, мобилизация тощей кишки на протяжении 25 см, резекция тощей кишки с опухолью и оставлением 3 см приводящего отдела. Сформирован энтеро-энтероанастомоз «конец в бок». Гистологическое заключение: больше данных о недифференцированной гемангиоперицитоме. Послеоперационный период протекал без осложнений, на 7-е сут пациент в удовлетворительном состоянии выписан. **Выводы.** Приведенное клиническое наблюдение свидетельствует, что опухоли тонкой кишки, осложненные кровотечениями, трудно поддаются диагностике. Обсуждение этого клинического наблюдения вызвано необходимостью анализа допущенных ошибок на этапах диагностики.

Ключевые слова: источники тонкокишечного кровотечения, гемангиома тонкой кишки.

Для ссылки: Трудности диагностики источника тонкокишечного кровотечения / Д.М. Красильников, Д.М. Миргасимова, А.В. Абдульянов [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2020. – Т. 13, вып. 2. – С. 76–79. DOI: 10.20969/VSKM.2020.13(2).76-79.

DIFFICULTIES IN DIAGNOSING THE SOURCE OF AN INTESTINAL BLEEDING

KRASILNIKOV DMITRIY M., ORCID ID: 0000-0003-4973-4040; SCOPUS ID: 6508327107; D. Med. Sci., professor, the Head of the Department of surgical diseases of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: dmkras131@gmail.com

MIRGASIMOVA DZHAUKHARIYA M., C. Med. Sci., associate professor of the Department of surgical diseases of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: d.mirgasimova@yandex.ru

ABDULYANOV AIDAR V., C. Med. Sci., associate professor of the Department of surgical diseases of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: aabdulianov@mail.ru

ZEFIROV RUSLAN A., C. Med. Sci., the Head of the Department of surgery № 1 of Republican Clinical Hospital, Russia, 420064, Kazan, Orenburgskiy highway, 138, e-mail: abdominalsurgery@mail.ru

ZAKHAROVA ANNA V., C. Med. Sci., assistant of professor of the Department of surgical diseases of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: zahanna83@yandex.ru

MATVEEV VALERY YU., C. Med. Sci., Head of the Department of thoracic surgery № 1 of Republican Clinical Hospital, Russia, 420064, Kazan, Orenburgskiy highway, 138, e-mail: lavmat@mail.ru

SEMEENOVA IRINA I., graduate student of the Department of surgical diseases of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: irena.1981@mail.ru

Abstract. Aim. The aim of the study was to present a clinical case of a patient with a small-intestinal hemangioma complicated by recurrent bleeding. **Material and methods.** Complex examination was performed. The features of the clinical course and provision of medical care at Republican Clinical Hospital were revealed in a patient with recurrent small intestinal bleeding. **Results and discussion.** A 57-year-old patient was admitted to the clinic with complaints of weakness, dizziness, especially during exercise, rapid fatigue, and reduced appetite. It has been established from the history that for the last 6 years the patient has been annually experiencing severe gastrointestinal bleeding. The patient has repeatedly undergone conservative treatment and examination: esophagogastroduodenoscopy, colonoscopy, and video capsule endoscopy. However, the source of bleeding has not been identified. During his hospital treatment in Republican Clinical Hospital he has experienced an X-ray computer tomography, which revealed a tumor under the pancreas, sized 40×44×58 mm. During the surgical intervention, a tumor-shaped formation was detected in the area of transition of the duodenum into the jejunum, coming from the wall of the jejunum along the mesenteric edge, fused with mesenterial vessels, at a distance of 40 mm from the Traitz ligament. It was irregularly shaped, 50×50×58 mm in size, dark red, with a pronounced venous pattern, soft elastic consistency, easily traumatized and bleeds. The passage through the intestine was not impaired. The tumor was separated from the mesenterial vessels. Jejunum was mobilized for 25 cm. Resection of jejunum with the tumor was performed. 3 cm of the adducting department was left. «End to side» entero-enteroanastomosis was formed. Histological conclusion: there is more data for undifferentiated hemangiopericytoma. The postoperative period proceeded without complications; the patient was discharged on the 7th day in a satisfactory condition. **Conclusion.** Current clinical case shows that tumors of the small intestine complicated by bleeding are difficult to diagnose. The discussion of this clinical case is driven by the need to analyze the mistakes made at the diagnostic stages.

Key words: sources of intestinal bleeding, hemangioma of intestine.

For reference: Krasilnikov DM, Mirgasimova DM, Abdulyanov AV, Zefirov RA, Zakharova AV, Matveev VYu, Semenova II. Difficulties in diagnosing the source of an intestinal bleeding. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2020; 13 (2): 76–79. **DOI:** 10.20969/VSKM.2020.13(2).76-79.

Введение. В неотложной абдоминальной хирургии тонкокишечные кровотечения представляют наибольшие трудности в диагностике его источника [1–4]. Как известно, опухоли тонкой кишки встречаются до 6% от всех новообразований желудочно-кишечного тракта и чаще диагностируются доброкачественные опухоли: полиповидные аденомы, лейомиомы, невриномы, липомы, гемангиомы, которые в большей степени подвержены данному осложнению. Именно гемангиомы, составляющие 55% от всех новообразований тонкой кишки, являются источником тяжелых кровотечений [2,3]. Из всех доброкачественных опухолей тонкой кишки четверть составляют полиповидные аденомы. Они нередко служат компонентом синдрома Пейтца–Егерса, являющегося семейным аденоматозным полипозом, но не отличающегося склонностью к кровотечениям [4]. Кроме того, причиной кровотечения, особенно у пожилых людей, могут быть также ангиодисплазии [3], различные кожно-висцеральные синдромы наследственно-генетической и инфекционной природы, множественные телеангиоэктазии. Злокачественные опухоли выявляются значительно реже и только 19–28% из них дают кровотечения, которые обычно бывают малыми и имеют хроническое течение [5]. При развитии тонкокишечного кровотечения самой сложной проблемой является установление локализации его источника, часто из-за малых размеров, подслизистого или внеорганного расположения.

Клиническое наблюдение. Пациент, 57 лет, поступил в клинику 17.02.18 г. по направлению поликлиники ГАУЗ РКБ МЗ РТ с жалобами на слабость, возникающие головокружения, особенно при физических нагрузках, быструю утомляемость, снижение аппетита. Из анамнеза установлено, что на протяжении последних 6 лет ежегодно у пациента возникают желудочно-кишечные кровотечения тяжелой степени тяжести. В Центральной районной больнице по месту жительства, межрайонных хирургических центрах Республики Татарстан, Городской клинической больнице №7 г. Казани, ГАУЗ РКБ МЗ РТ пациенту неоднократно проводилось консервативное лечение, следующие обследования: эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, видеокапсульная эндоскопия. Однако источник кровотечения не был выявлен. 02.02.18 г. во время прохождения стационарного лечения в ГАУЗ РКБ МЗ РТ ему была выполнена *рентгеновская компьютерная томография* (РКТ), при которой была выявлена опухоль, располагающаяся под поджелудочной железой, размерами 40×44×58 мм. Заключение: забрюшинная опухоль, предположительно с прорастанием в тощую кишку и эпизодическими тяжелыми внутрикишечными кровотечениями (рис. 1).

21.02.18 г. по плановым показаниям под эндотрахеальным наркозом произведена операция. Верхнесрединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости. В области перехода двенадцатиперстной кишки в тощую кишку определяется

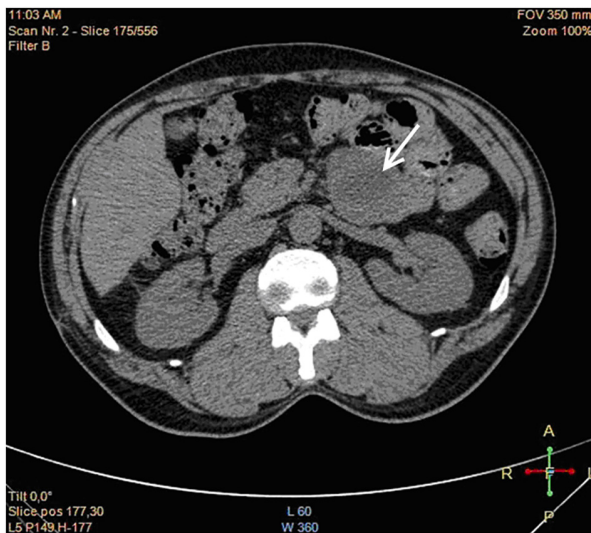


Рис. 1. РКТ брюшной полости. Определяется опухолевидное образование в проекции поджелудочной железы

опухолевидное образование, исходящее из стенки тощей кишки по брыжеечному краю, сращенное с мезентериальными сосудами, на расстоянии 40 мм от связки Трейтца, неправильной формы, размерами 50×50×58мм, темно-красного цвета, с выраженным венозным рисунком, мягко-эластической консистенции, легко травмируется, кровит (рис. 2, 3).

Пройодимость по кишке не нарушена. Произведено отделение опухоли от мезентериальных сосудов, мобилизация тощей кишки на протяжении

25 см, резекция тощей кишки с опухолью и оставлением 3 см приводящего отдела (рис. 4). Тщательный гемостаз. Сформирован энтеро-энтероанастомоз «конец в бок». Гемостаз, трубчатый дренаж к области межкишечного анастомоза. Срединная рана ушита наглухо, асептическая повязка. Продолжительность операции составила 4 ч. Кровопотеря – 200 мл.

Макропрепарат: после удаления опухолевидное образование уменьшилось в размере на 50%, на разрезе корковый слой на толщину 20 мм, в центре полость диаметром 40 мм, сообщающаяся с просветом кишки, на стенках налеты фибрина, участки распада стенок, имеется алая кровь. В этой части на слизистой воспалительный вал, напоминающий сфинктер (рис. 5).

Морфологическое исследование: опухоль с выраженным клеточным и ядерным полиморфизмом, тенденцией к веретеновидной форме клеток. Окраска по Ван Гизону: неравномерная положительная реакция стромы опухоли. **Иммуногистохимическое исследование:** Vim+, Actin muscl+/- Ki67 + до 30 в п/з, CD34+. Патолого-анатомическое заключение: больше данных о недифференцированной гемангиоперицитоме. Послеоперационный период протекал без осложнений, на 7-е сут пациент в удовлетворительном состоянии выписан. После операции в клинике дважды амбулаторно проходил обследование. Жалоб нет, состояние удовлетворительное. Состоит на диспансерном учете в Республиканском онкологическом диспансере.

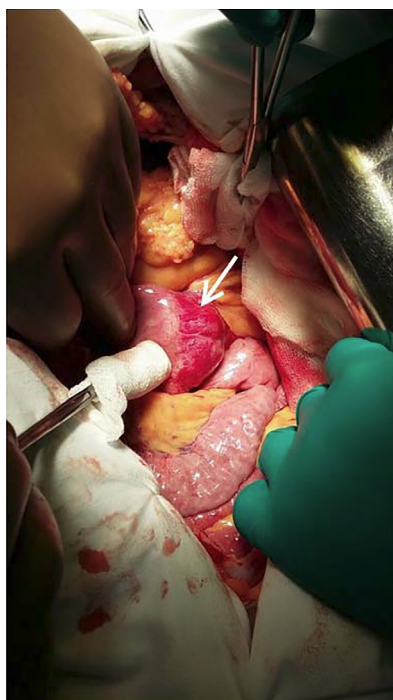


Рис. 2. Опухолевидное образование по брыжеечному краю тощей кишки

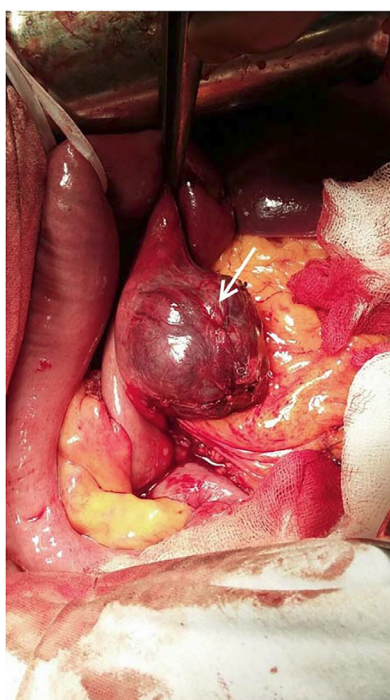


Рис. 3. Опухолевидное образование после пересечения сращений с мезентериальными сосудами

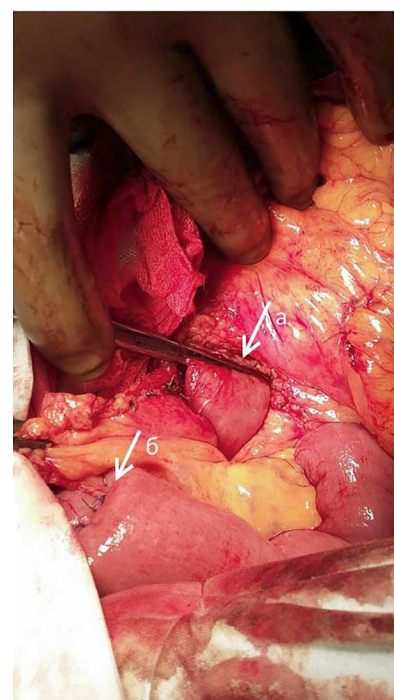


Рис. 4. Опухолевидное образование удалено вместе с частью тощей кишки. Приводящий отдел тощей кишки на зажиме (а) и обработанная культя отводящего отдела тощей кишки (б), готовые для формирования энтеро-энтероанастомоза «конец в бок»

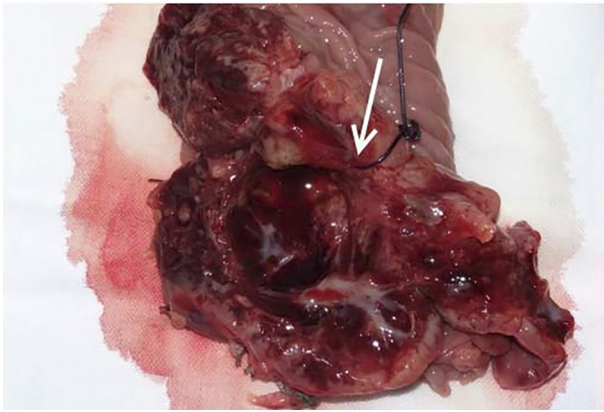


Рис. 5. Макропрепарат удаленной части тощей кишки с вскрытым опухолевидным образованием. Определяется сообщение полости опухолевидного образования с просветом тощей кишки – прошито лигатурой

Выводы. Обсуждение этого клинического наблюдения вызвано необходимостью анализа допущенных ошибок на этапах диагностики. В данном случае, исходя из длительности заболевания и безуспешности в установлении источника кровотечения, следовало бы изыскать возможность выполнить энтероскопию и на ранних сроках эпизодов желудочно-кишечных кровотечений провести РКТ с контрастированием.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванова, Е.В. Современные видеоэндоскопические технологии в диагностике и лечении заболеваний тонкой кишки / Е.В.Иванова, Е.Д.Федоров, П.Л. Чернякевич // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2011. – № 3. – С.116–119.
2. Гемангиома тонкой кишки / А.М.Шахназарян, Н.Г.Шахназарян, В.С. Боташева [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического центра им.Н.И.Пирогова. – 2016. – Т. 11, №2. – С.139–140.

3. Кровотечения из очагов ангиодисплазий желудочно-кишечного тракта: диагностика и лечение / В.А. Кащенко, Я.А. Накатис, А.В. Лодыгин [и др.] // Вестник хирургии. –2018. – Т. 177. – С.91–94.
4. Синдром Пейтца–Егерса: диагностические и лечебные возможности современной внутрисветовой эндоскопии на примере собственного клинического наблюдения / М.М. Лохматов, Т.Н. Будкина, В.И. Олдаковский, Е.Ю. Дьяконова // Педиатрическая фармакология. – 2016. – №4. – С.395–398.
5. Возможности эндоскопической диагностики и лечения новообразований тонкой кишки, осложненных кровотечением / Е.В. Иванова, Е.Д. Федоров, О.И. Юдин, Д.Е. Селезнев // Медицинский совет. – 2015. – №13. – С.124–129.

REFERENCES

1. Ivanova EV, Fedorov ED, Chernyakevich PL. Sovremennyye videoendoskopicheskiye tekhnologii v diagnostike i lechenii zabolevaniy tonkoy kishki [Modern video endoscopic technologies in the diagnosis and treatment of diseases of the small intestine]. Kremlevskaya meditsina; Klinicheskiy vestnik [Kremlin Medicine; Clinical Bulletin]. 2011; 3: 116–119.
2. Shakhnazaryan AM, Shakhnazaryan NG, Botasheva VS. Gemangioma tonkoy kishki [Hemangioma of the small intestine]. Vestnik Natsional'nogo mediko-khirurgicheskogo Tsentra imeni NI Pirogova [Bulletin of the National Medical and Surgical Center named after NI Pirogov]. 2016; 11 (2): 139-140.
3. Kashchenko VA, Nakatis YaA, Lodygin AV. Krovotecheniya iz ochagov angiodysplozii zheludochno-kishechnogo trakta: diagnostika i lecheniye [Bleeding from foci of angio-dysplasia of the gastrointestinal tract: diagnosis and treatment]. Vestnik khirurgii [Bulletin of surgery]. 2018; 2 (177): 91-94.
4. Lohmatov MM, Budkina TN, Oldakovskiy VI. Sindrom Peyttsa–Yegersa: diagnosticheskiye i lechebnyye vozmozhnosti sovremennoy vnutriprosvetnoy endoskopii na primere sobstvennogo klinicheskogo nablyudeniya [Peitz – Jägers syndrome: diagnostic and therapeutic possibilities of modern intraluminal endoscopy using the example of our own clinical observation]. Pediatricheskaya farmakologiya [Pediatric Pharmacology]. 2016; 4: 395-398.
5. Ivanova EV, Fedorov ED, Yudin OI. Vozmozhnosti endoskopicheskoy diagnostiki i lecheniya novoobrazovaniy tonkoy kishki, oslozhnennykh krvotocheniyem [Possibilities of endoscopic diagnosis and treatment of neoplasms of the small intestine complicated by bleeding]. Meditsinskiy sovet [Medical Council]. 2015; 13: 124-129.