



УДК 616.33/34-005.1 28.04.2017

**КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ РЕДКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА****CLINICAL CASES OF RARE BLEEDING OF THE UPPER SECTIONS
OF GASTROINTESTINAL TRACT**

**В.Ф. Куликовский¹, А.А. Карпачев^{1,2}, А.В. Солошенко², А.Л. Ярош^{1,2},
С.Б. Николаев¹, А.А. Коржова², А.В. Гнашко¹
V.F.Kulikovskiy¹, A.A. Karpachev^{1,2}, A.V. Soloshenko², A.L. Yarosh^{1,2},
S.B. Nikolaev¹, A.A. Korzhova², A.V. Gnashko¹**

¹⁾ Белгородский государственный национальный исследовательский университет,
Российская Федерация, 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85

²⁾ ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница имени Святителя Иоасафа»,
Россия, 308007, г. Белгород, ул. Некрасова, 8/9

¹⁾ Belgorod State National Research University, Russia, 308007, Belgorod, Pobeda St., 85

²⁾ Belgorod Regional Clinical Hospital, Russia, 308007, Belgorod, Nekrasova St., 8/9

E-mail: karpach72@rambler.ru

Аннотация

Желудочно-кишечные кровотечения, являясь одной из наиболее актуальных проблем неотложной абдоминальной хирургии, составляют две приблизительно равные группы – язвенные и неязвенные кровотечения. Однако в последнее время с повсеместным внедрением в практику высокотехнологичных диагностических методик выявляемость кровотечений неязвенной этиологии неуклонно растет. Известно более сотни заболеваний, их вызывающих, и если диагностический и лечебный алгоритмы при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии определены достаточно четко, то проблема неязвенных кровотечений далека от разрешения.

В статье приведен разбор клинических случаев редких причин кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта неязвенной этиологии. Изложенный материал может быть использован в повседневной клинической практике для расширения дифференциально-диагностического поиска в случаях редких причин кровотечений.

Abstract

Gastrointestinal bleeding is one of the most topical problems in surgery. Nowadays, bleeding of ulcer and nonulcer genesis form two equal groups, what is more, the number of the last group is steadily growing. Nonulcer bleeding is characterized by a high mortality rate, which is connected with delayed diagnosis. This article presents the analysis of clinical cases of bleeding of the upper sections of alimentary tract. The presented material can be used in everyday clinical practice to extend the differential and diagnostic search in the cases of rare causes of bleeding.

Ключевые слова: неязвенные кровотечения, вирсунгоррагия, желудочно-печеночный свищ, аорто-дуоденальный свищ.

Keywords: nonulcer bleeding, wirsungorrhage, gastrohepatic fistula, aortoduodenal fistula.

Желудочно-кишечные кровотечения, являясь одной из наиболее актуальных проблем неотложной абдоминальной хирургии, составляют две приблизительно равные группы: язвенные и неязвенные кровотечения. Однако в последнее время с повсеместным внедрением в практику высокотехнологичных диагностических методик выявляемость кровотечений неязвенной этиологии неуклонно растет. Известно более сотни заболева-

ний, их вызывающих, и если диагностический и лечебный алгоритмы при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии определены достаточно четко, то проблема неязвенных кровотечений далека от разрешения [Крылов, 2001; Анурова и др., 2005; Дашиев и др., 2010; Перцева, 2014; Шичанина, 2016; Uuckerman, Prakash, 1999; Nassam, 2000].

В данной работе приведены клинические случаи редких кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, этиология которых не связана с язвенной болезнью. Изложенный материал может быть использован в повседневной клинической практике для расширения дифференциально-диагностического поиска в случаях редких причин кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Вирсунгоррагия

Ложные аневризмы ветвей чревного ствола все чаще стали выявляться в качестве основных причин развития гастродуоденальных кровотечений из большого дуоденального сосочка (БДС). Диагностика данных состояний сложна. Внутривидовая эндоскопия бывает эффективной только на «высоте» кровотечения, когда удается визуализировать поступление крови из большого дуоденального сосочка. Однако это только констатация ситуации. На основании только этого факта невозможна не только топическая верификация источника кровотечения, но и даже дифференциальная диагностика гемобилии и вирсунгоррагии. Косвенно ситуацию можно уточнить по результатам эндоскопической ретроградной или магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ, МРХПГ) по наличию дефектов контрастирования – сгустка крови в протоках или полости псевдокисты поджелудочной железы или артериопротоковой фистулы [Воробей и др., 2007]. А.В. Воробей и соавторы приводят ряд наблюдений дуоденальных кровотечений из большого дуоденального сосочка (БДС) (вирсунгоррагия – 9, гемобилия – 2), и при этом указывают в качестве их причины псевдоаневризмы селезеночной, гастродуоденальной, пузырной и левой печеночной артерий [Воробей и др., 2009]. В данном контексте мы и приводим наши клинические наблюдения.

Клиническое наблюдение 1.

Больной К., 53 лет, с 2005 года неоднократно лечился в хирургических отделениях с диагнозом «кишечное кровотечение из невыясненного источника». Из анамнеза: в 2003 году выполнено внутреннее дренирование псевдокисты поджелудочной железы; в 2009 году по поводу желудочно-кишечного кровотечения выполнена диагностическая лапаротомия – источника кровотечения не найдено. Поступил в нашу клинику с жалобами на жидкий стул малоизмененной кровью. Больному выполнены гастродуодено- и колоноскопия, при этом источник кровотечения не обнаружен. На фоне проводимой комплексной консервативной терапии у больного диагностирован рецидив кровотечения. В экстренном порядке (на «высоте» кровотечения) выполнена дуоденоскопия: отмечается струйное поступление крови из БДС. При ЭРХГ патологии со стороны желчных путей выявлено не было. При селективной канюляции главного панкреатического протока (ГПП) выявлен «сброс» контраста в кровяное русло. При селективной ангиографии диагностирована мешотчатая аневризма селезеночной артерии, размерами 7×6×6 мм (рис. 1).

Данная ситуация нами расценена как кровотечение из ложной аневризмы селезеночной артерии в протоковую системы поджелудочной железы – вирсунгоррагия. Это явилось показанием для выполнения эндоваскулярной селективной эмболизации селезеночной артерии, что и было выполнено незамедлительно с хорошим эффектом.

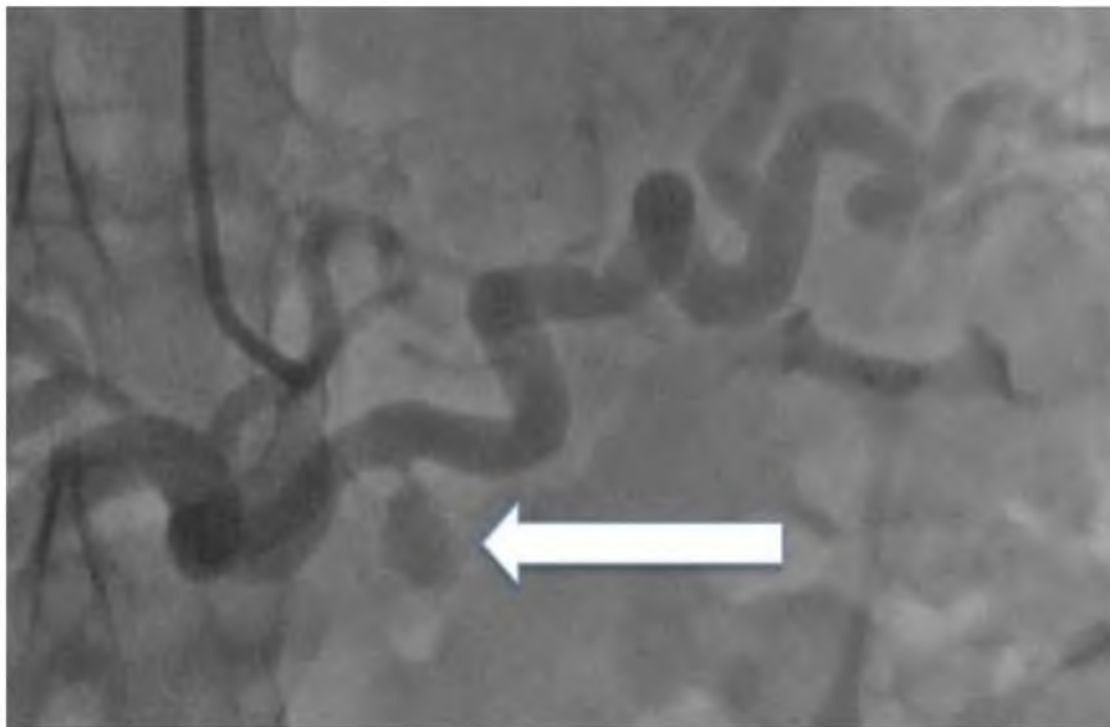


Рис. 1. Ангиография больного К. В проекции селезеночной артерии определяется ложная аневризма (обозначена стрелкой)

Fig. 1. Angiography of the patient K. in the projection of the splenic artery the false aneurysm is determined (indicated by arrow)

Через несколько дней больной был выписан по месту жительства в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 3 месяца – видимой патологии не обнаружено, рецидивов кровотечения не было.

Клиническое наблюдение 2.

Во втором клиническом наблюдении демонстрируются результаты лечения больного с кровотечением из селезеночной артерии в полость псевдокисты поджелудочной железы. Больной П., 37 лет, поступил в нашу клинику с жалобами на интенсивные ноющие боли в верхних отделах живота, снижение аппетита, потерю массы тела. Болен около 2-х лет, когда перенес острый алкогольный панкреатит, панкреонекроз с исходом в псевдокисту поджелудочной железы. В ходе проведенного обследования выставлен клинический диагноз: Хронический вторичный панкреатит, обострение. Псевдокиста поджелудочной железы.

Больному выполнено эндоскопическое цистогастральное дренирование псевдокисты поджелудочной железы на стенте (стент с углеродным покрытием с включением наночастиц серебра, патент РФ № 129397). В послеоперационном периоде на фоне консервативной терапии отмечена положительная динамика. Больной чувствует себя хорошо, появился аппетит, жалоб активных не предъявляет. На 5-е сутки послеоперационного периода у пациента развилась клиническая симптоматика желудочно-кишечного кровотечения. При экстренной гастродуоденоскопии выявлено поступление крови как из БДС, так и из цистогастрального соустья через стент. Выполнена селективная ангиография ветвей чревного ствола. Установлено, что источником кровотечения является ложная аневризма селезеночной артерии. При этом выявлено и контрастирование полости псевдокисты поджелудочной железы (рис. 2).

Больному по экстренным показаниям выполнена рентгенэндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии (рис. 2). На 7-е сутки после операции больной в удовлетворительном состоянии выписан под наблюдение хирурга по месту жительства.



Рис. 2. Ангиограммы больного К. до (А) и после (Б) эндоваскулярной эмболизации селезеночной артерии (стрелкой обозначена аневризма селезеночной артерии)
 Fig. 2. Angiograms of the patient K. before (A) and after (B) endovascular embolization of the splenic artery (splenic artery aneurysm is indicated by arrow)

Кровотечение из варикозно-расширенных вен желудка на фоне селективной портальной гипертензии, вызванное сдавлением муцинозной циастаденомой у беременной

Наиболее опасным осложнением синдрома портальной гипертензии считается кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, смертность от первого эпизода кровотечения составляет 50–70%. Изолированное поражение селезеночной вены ряд авторов обозначает как «левосторонняя или селективная портальная гипертензия». Эта форма гипертензии наиболее часто встречается в детском возрасте. У взрослых внепеченочная портальная гипертензия может быть обусловлена сдавлением воротной вены и ее притоков объемным процессом (опухолью или кистой) [Henderson et al., 1988; Kluppel et al., 1998; Stiegmann, 2003].

Клиническое наблюдение 3.

Больная В., 42 лет, госпитализирована в отделение патологии беременных № 2 перинатального центра БОКБ Святителя Иоасафа с жалобами на боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту с примесью крови. Из анамнеза: пациентка находилась на лечении в хирургическом отделении одной из районных больниц с диагнозом «кровотечение из острых язв желудка, беременность 29 недель». Проводимая консервативная терапия (гемостатическая, противоязвенная, заместительная) была малоэффективна, в связи с чем больная по линии санитарной авиации переведена в нашу клинику. При поступлении состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные, дыхание везикулярное, АД 110/70 мм. рт. ст., пульс 120 в минуту, стул жидкий дегтеобразный. По данным клинического анализа крови выявлена анемия средней степени тяжести. По результатам ультрасонографии и магнитно-резонансной томографии органов брюшной полости в проекции хвоста поджелудочной железы, определяется кистозное образование с гомогенным содержимым, размером 86×68×72 мм, селезенка – 118×47 мм, v. lienalis – 11 мм, v. porta – 13 мм; патологии со стороны других органов не выявлено (рис. 3). При эзофагогастродуоденоскопии – варикозное расширение вен свода и кардиального отдела желудка III степени (рис. 3), рубцующаяся язва задней стенки средней трети тела желудка. Признаков активного кровотечения нет.



Рис. 3. МРТ больной В., в проекции хвоста поджелудочной железы определяется кистозная опухоль (указано стрелкой)

Fig. 3. MRI of the patient B, the cystic tumor is determined in the projection of the pancreas tail (indicated by arrow)

Учитывая отсутствие признаков угрозы прерывания беременности, удовлетворительное состояние плода по данным ультразвукографии и доплерометрии, решено продолжить комплексную консервативную терапию. Несмотря на проводимое лечение у больной развился рецидив кровотечения. Состояние прогрессивно ухудшалось. В экстренном порядке выполнены лапаротомия, кесарево сечение, дистальная резекция поджелудочной железы в блоке с опухолью и селезенкой. Послеоперационный период протекал без осложнений.



Рис. 4. ВЭГДС больной Б., варикозное расширение вен желудка

Fig. 4. Videoesophagogastroduodenoscopy of the patient B., varicose veins of gaster

Таким образом, одной из причин кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта может быть варикозное расширение вен пищевода на фоне селективной портальной гипертензии, вызванной цистаденомой поджелудочной железы. Поскольку постгеморрагическая анемия неизбежно приводит к прогрессирующей внутриутробной гипоксии, тактика при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у беременных должна определяться с учетом состояния плода и матери.

Желудочно-печеночный свищ

Клиническое наблюдение 4.

Больной Н., 23 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в верхних отделах живота, сухость во рту, рвоту «кофейной гущей». В анамнезе: в феврале 2007 года по поводу разрыва печени была выполнена лапаротомия, остановка кровотечения с тампонированием разрыва паренхимы печени стенкой желудка. На момент осмотра – по данным гастродуоденоскопии – в верхней трети тела желудка, на задней его стенке, определяется свищевое отверстие до 1,2 см в диаметре, глубиной до 3 см, дном его является участок паренхимы печени, отмечается подтекание крови. В экстренном порядке после предоперационной подготовки выполнено оперативное вмешательство – лапаротомия, разъединение желудочно-печеночного соустья. В результате манипуляций в паренхиме левой печени выявлена полость до 5 см в диаметре, заполненная некротическими массами и сгустками крови, кровотечения активного нет. Источником кровотечения вероятнее всего явилась аррозия стенки ветви левой печеночной артерии, располагающаяся на дне полости под налетом фибрина. Сосуд лигирован, полость санирована и тампонирована прядью большого сальника, выполнена вентрикулография.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной выписан на 12-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Разрыв аневризмы инфраренального отдела аорты с кровотечением в просвет двенадцатиперстной кишки

Одной из редких причин желудочно-кишечного кровотечения является аорто-энтеральный свищ при аневризме абдоминального отдела аорты. Первичный аорто-энтеральный свищ представляет собой угрожающее для жизни осложнение, возникающее вследствие спонтанной эрозии аневризмы брюшного отдела аорты с пенетрацией в стенку кишки и развитием массивного кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта. В 80% случаев происходит пенетрация в двенадцатиперстную кишку, причем в 75% случаев в горизонтальный и восходящий отделы двенадцатиперстной кишки, которые имеют наиболее тесное анатомическое взаимоотношение с брюшным отделом аорты. Кроме этого, аневризма брюшного отдела аорты может пенетрировать в желудок, тощую, подвздошную или сигмовидную кишки [Konstantinos Xiromeritis et al., 2011; Ranasingh et al., 2015; Malik et al., 2015; Varghese et al., 2015; Gordon, Agarwa, 2016].

Клиническое наблюдение 5.

Пациентка 76 лет госпитализирована в отделение сердечно-сосудистой хирургии нашей клиники с жалобами на периодические боли в животе опоясывающего характера, наличие пульсирующего болезненного образования в эпигастрии. По данным клинического и инструментального обследования был выставлен диагноз: ложная симптомная аневризма брюшного отдела аорты, атеросклеротическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь III ст., 2 ст., риск 4, ХСН I, ФК II, сахарный диабет 2 типа.

Для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики была выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ): стенки брюшной аорты уплотнены, внутренний контур неровный за счет пристеночных отложений, диаметр аорты на уровне диафрагмы до 19 мм, на уровне почечных артерий – 16 мм, инфраренальный отдел до зоны бифуркации – до 15 мм; определяется дефект переднелатеральной стенки аорты на протяжении 17 мм (на 55 мм ниже левой почечной артерии и на 52 мм ниже дополнительной правой почечной артерии) с экстравазацией контрастного вещества и «прокрашиванием» ложной мешотчатой аневризмы размерами до 6×4×5 см, по контуру последней определяются тромботические массы (рис. 5).

На фоне проводимой предоперационной подготовки через несколько часов от момента проведения МСКТ у больной возникли жалобы на резкую слабость, обильную



рвоту неизменной кровью со сгустками объемом до 3 литров. Диагностировано массивное желудочно-кишечное кровотечение, геморрагический шок. Больная в экстренном порядке транспортирована в операционную.

Выполнена тотальная срединная лапаротомия. В брюшной полости и забрюшинном пространстве крови нет. Петли тонкой кишки растянуты, заполнены кровью. В области горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки имеет место инфильтрат с вовлечением пульсирующего образования (аневризма аорты) размерами 8–6 см. При разделении последнего выявлена пенетрация аневризмы брюшной аорты в заднюю стенку горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки с формированием аорто-дуоденального свища и кровотечением в просвет желудочно-кишечного тракта. Кровотечение остановлено. Выполнено протезирование инфраренального отдела брюшной аорты бифуркационным протезом VASCUTEK 18×9×9 мм, с последовательным наложением анастомозов с аортой и общими подвздошными артериями по типу конец в конец, двенадцатиперстная кишка ушита.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 13-е сутки послеоперационного периода больная выписана в удовлетворительном состоянии.

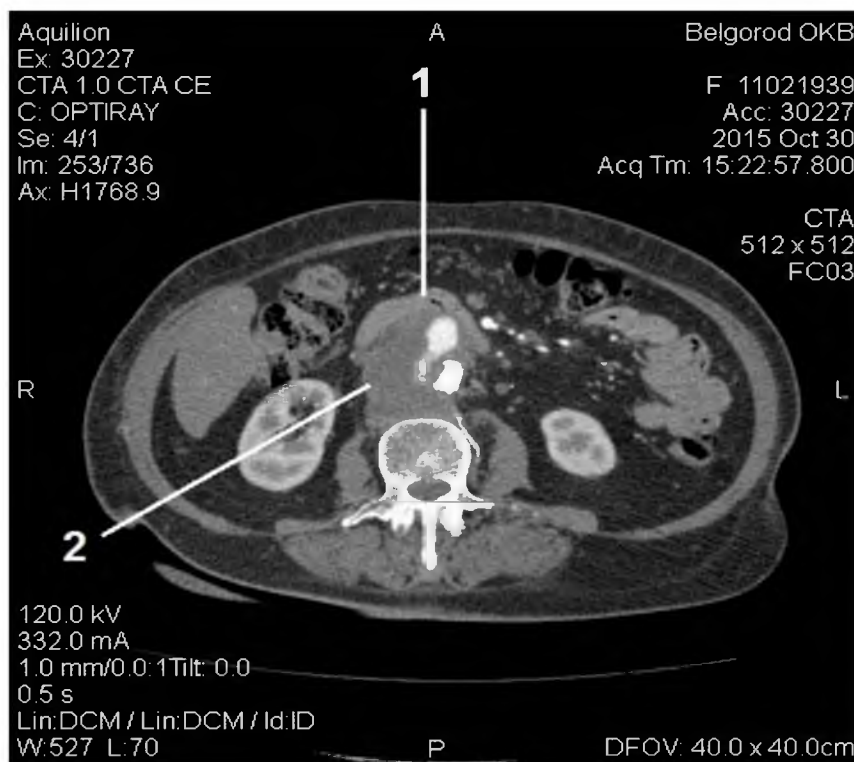


Рис. 5. СКТ больной с аневризмой брюшного отдела аорты (1 – горизонтальный отдел двенадцатиперстной кишки, 2 – аневризма)

Fig. 5. CT scan of patient with abdominal aortic aneurysm (1 – the horizontal part of duodenum, 2 – the aneurysm)

Таким образом, представленное клиническое наблюдение демонстрирует редкий случай профузного кровотечения из аневризмы брюшного отдела аорты в просвет желудочно-кишечного тракта. В зарубежной литературе встречаются публикации, описывающие первичный аорто-энтеральный свищ вследствие спонтанной эрозии аневризмы брюшного отдела аорты с пенетрацией в стенку кишки и развитием массивного кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта, тем не менее сообщения о подобных состояниях в отечественной литературе все еще остаются единичными или отсутствуют вовсе. На примере настоящего наблюдения показаны



хорошие результаты радикального хирургического лечения данной патологии, несмотря на ее редкость и трудности верификации в предоперационном периоде.

Список литературы

References

1. Анурова О.А., Снигур П.В., Петровичев Н.Н. 2005. Гастроинтестинальные стромальные опухоли. Материалы Вестника Московского Онкологического общества. 11: 57–59.
Anurova O.A., Snigur P.V., Petrovichev N.N. 2005. Gastrointestinal'nye stromal'nye opukholi [Gastrointestinalny stromalny tumors]. Materialy Vestnika Moskovskogo Onkologicheskogo obshchestva. 11: 57–59. (in Russian)
2. Воробей А.В., Климович В.В., Вижинс Е.И. 2007. Лечебная тактика при аррозивных кровотечениях вследствие панкреонекроза. Вестник хирургической гастроэнтерологии. 3: 70.
Vorobey A.V., Klimovich V.V., Vizhins E.I. 2007. Lechebnaya taktika pri arrozivnykh krvotocheniyakh vsledstviy pankreonekroza [Medical tactics at the arrozivnykh bleedings owing to a pankreonekroz]. Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii. 3: 70. (in Russian)
3. Воробей А.В., Климович В.В., Карпович Д.И., Жура А.В., 2009. Диагностика и лечение вирсунгоррагии и гемобилии. Вестник хирургической гастроэнтерологии. 3: 48–49, 51.
Vorobey A.V., Klimovich V.V. i dr. 2009. Diagnostika i lechenie virsungorragii i gemobilii [Diagnostics and treatment of a virsungorragiya and gemobiliya]. Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii. 3: 48–49, 51. (in Russian)
4. Воробей А.В., Климович В.В. и др. 2009. Неязвенные гастроинтестинальные кровотечения. Часть 1. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 10: 20–22.
Vorobey A.V., Klimovich V.V. i dr. 2009. Neyazvennyye gastrointestinal'nye krvotocheniya [Not ulcer gastrointestinalny bleedings]. Chast' 1. Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova. 10: 20–22. (in Russian)
5. Дашиев Ц.Д., Плеханов А.Н., Золбоот Л. 2010. Современные подходы к консервативному лечению кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. 2: 30–35.
Dashiev Ts.D., Plekhanov A.N., Zolboot L. 2010. Sovremennyye podkhody k konservativnomu lecheniyu krvotocheniy iz verkhnikh otdelov zheludochno-kishechnogo trakta [Modern approaches to conservative treatment of bleedings from the top departments of digestive tract]. Byulleten' Vostochno-Sibirskogo nauchnogo tsentra SO RAMN. 2: 30–35. (in Russian)
6. Крылов Н.Н. 2001. Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта: причины, факторы риска, диагностика, лечение. Рос. Журнал гастроэнтерологии и гепатологии. 2: 76–87.
Krylov N.N. 2001. Krovotocheniya iz verkhnikh otdelov pishchevaritel'nogo trakta: prichiny, factory riska, diagnostika, lechenie [Bleedings from the top departments of a digestive tract: reasons, risk factors, diagnostics, treatment]. Ros. Zhurnal gastroenterologii i gepatologii. 2: 76–87. (in Russian)
7. Перцева Е.В. 2014. Анализ причин неязвенных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Вестник Чувашского университета. 2: 320–324.
Pertseva E.V. 2014. Analiz prichin neyazvennykh krvotocheniy iz verkhnikh otdelov zheludochno-kishechnogo trakta [The analysis of the reasons of not ulcer bleedings from the top departments of digestive tract]. Vestnik Chuvashskogo universiteta. 2: 320–324.
8. Шичанина Е.Е. 2016. Этиология желудочно-кишечных кровотечений. Bulletin of Medical Internet Conferences 6: 1056.
Shichanina E.E. 2016. Etiologiya zheludochno-kishechnykh krvotocheniy [Etiology of gastrointestinal bleedings]. Bulletin of Medical Internet Conferences 6: 1056. (in Russian)
9. Gordon A.C., 2016. Agarwal M.Primary aorto-enteric fistula.Int J Surg Case Rep.;19: 60–2. doi: 10.1016/j.ijscr.2015.12.009.
10. Henderson J.M., Warren W.D. 1988. Portal Hypertension Curent Problems in Surgery. Vol. 25. Chicago: Year Book.
11. Kluppel G., Solcia E., Longnecker D.S. et al. 1998. Histological typing of tumors of the exocrine pancreas: World Health Organization international histological classification of tumors. 2nded New York Springer-Verlag.



12. Konstantinos Xiromeritis, Ilias Dalainas, Michalis Stamatakos, and Konstantinos Filis. Aortoenteric Fistulae: Present-Day Management. *Int Surg*: July-September 2011, Vol. 96, No. 3, pp. 266–273. doi: <http://dx.doi.org/10.9738/0020-8868-96.3.266>.

13. Malik M.U., Ucbilek E., Sherwal A.S. Critical gastrointestinal bleed due to secondary aortoenteric fistula. *J Community Hosp Intern Med Perspect*. 2015 Dec 11;5(6):29677. doi: 10.3402/jchimp.v5.29677.

14. Ranasinghe W., Loa J., Allaf N., Lewis K., Sebastian M.G. 2011. Primary aortoenteric fistulae: the challenges in diagnosis and review of treatment. *Ann Vasc Surg*. Apr;25(3):386.e1-5. doi: 10.1016/j.avsg.2010.09.021. Epub 2011 Jan 26.

15. Stiegmann G. 2003. Update of endoscopic band ligation therapy for treatment of esophageal varices. *Endoscopy*. Vol. 3. P. 5–8.

16. Uuckerman G., Prakash C. 1999. Acute lower intestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 49: P. 228–238.

17. Varghese M., Jorgensen G.T., Aune C., Bergan R., Norderval S., Moland J. Ann. 2016. Primary Aortoduodenal Fistula-A Case Report and a Review of the Literature. *Vasc Surg*. Jul; 34: 271. e 1–4. doi: 10.1016/j.avsg.2015.12.013.