

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

Желудочно-кишечные кровотечения - одна из наиболее частых причин экстренной госпитализации в стационары хирургического профиля. Терапевтическая задача при кровотечениях 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 определенным 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-

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 ¹² /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 ⁹ /л)	8,8	9,3	12,7	8,8	10,2	7,0	5,7	9,0
Тг(x10 ⁹ /л)	230	200	210	260	200	230	210	230
СОЭ (мм в час)	5	2	7	5	6	21	5	3

Табл. 2. ного).

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, гемотранфузионная (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-

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 неизменённой слизистой на тех участках, которые доступны осмотру. На этапе 5 час. 10 мин. 16 сек. отмечен полип на ножке тонкой кишки с неизменённой слизистой. Заключение: Опухоль тонкой кишки. Полип тонкой кишки на ножке.

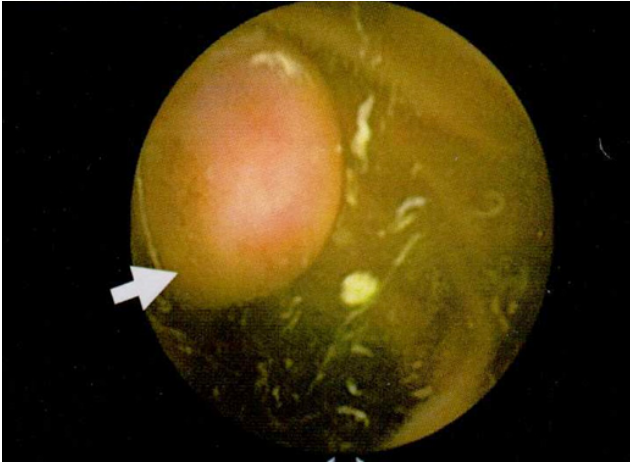


Рис. 1. Опухоль тонкой кишки



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.