



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616.341-005.1-07

Долгих Р.Н. (*ruslan-doc@mail.ru*), **Чалый С.Н.** (*admiral@mail.ru*), **Пархоменко С.А.** (*saparhomenko@mail.ru*), **Завалий И.П.** (*aqua4@yandex.ru*), **Тимонина Л.В.** (*timoninaludmila@mail.ru*) – О трудностях диагностики кровотечения из тонкой кишки.

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

Рассмотрены трудности диагностики заболеваний тонкой кишки, клиническим проявлением которых зачастую являются так называемые кровотечения из не выявленного источника. Проведен анализ клинических случаев в условиях отделения неотложной хирургии военного госпиталя и сформулированы основные направления решения проблемы.

К л ю ч е в ы е с л о в а: *кровотечение, опухоль тонкой кишки, энтерография, видеокапсульная энтероскопия, диагностическая лапароскопия.*

Dolgikh R.N., Chaluy S.N., Parkhomenko S.A., Zavalii I.P., Timonina L.V. – About the difficulties of diagnosing bleeding from the small intestine. The difficulties of diagnostics of small intestine diseases are considered, the clinical manifestation of which is often the so-called bleeding from an unidentified source. The analysis of clinical cases in the conditions of the department of emergency surgery of a military hospital is made and the main directions for solving the problem are formulated.

К е у о р д с: *hemorrhage, small intestinal tumor, enterography, video-vascular enteroscopy, diagnostic laparoscopy.*

Кровотечения из тонкой кишки встречаются реже, чем из других отделов желудочно-кишечного тракта, однако являются более трудными для диагностики и требуют глубокого внимания в связи с тем, что клиническая картина кровотечения (анемия, мелена) есть, а визуализировать его источник достаточно сложно.

В отделении неотложной хирургии за последние 5 лет наблюдались 12 пациентов с кровотечением из тонкой кишки: в 3 случаях впервые возникшие кровотечения, в остальных – неоднократно рецидивирующие, разной степени тяжести.

Во всех случаях эндоскопически диагноз установить не удалось. Выполнялась компьютерная томография брюшной полости с контрастированием кишечника, энтерография, в трех случаях капсульная энтероскопия. Данные исследования оказались малоинформативными для определения источника кровотечения: их результаты при оперативном лечении не совпадали с интраоперационными находками. Проведение радиоизотопного исследования органов брюшной полости позволило диагностировать профузное кровотечение из тонкой кишки у двух пациентов. В дальнейшем на операции в одном случае источником кровотечения оказалась сосудистая мальформация, в другом – острая язва

тонкой кишки. В обоих случаях операция закончилась резекцией участка тонкой кишки. Двухбаллонная энтероскопия в условиях госпиталя не выполнялась.

Неинформативность инструментального обследования, неэффективность консервативной терапии и возникновение повторных кровотечений явились поводом для оперативного вмешательства.

В ходе *диагностической лапароскопии* у 2 пациентов выявлена опухоль тонкой кишки, при гистологическом исследовании в последующем – гастроинтестинальная стромальная опухоль. Во всех случаях выполнялась консерсия, проводилась дальнейшая ревизия и резекция участка тонкой кишки с уже диагностированным источником кровотечения, либо последний был выявлен уже после лапаротомии. В результате у 12 пациентов с клиникой кровотечения из тонкой кишки окончательный диагноз был установлен интраоперационно: в 3 случаях источником кровотечения являлась опухоль тонкой кишки, в 4 – изъязвленные дивертикулы тонкой кишки, в 2 – сосудистая мальформация, в 2 случаях – острая язва стенки тонкой кишки, в одном случае источник кровотечения выявлен не был.

У одного пациента оперативное вмешательство выполнялось дважды в связи с не выявленным во время первой операции ис-



точником кровотечения и рецидивом профузного кровотечения в послеоперационный период.

Таким образом, диагностика источника кровотечения из тонкой кишки остается трудной проблемой, помочь в решении которой может расширение инструментальных методов исследования и в случае профузных и рецидивирующих кровотечений на первом месте как в диагностическом, так и в лечебном плане остается оперативное лечение. Приводим клиническое наблюдение.

Больная Б., 65 лет, госпитализирована в хирургическое отделение с жалобами на черный жидкий стул, слабость. Указанные жалобы беспокоили эпизодически и впервые появились около 1,5 года назад, в связи с чем неоднократно обследовалась в стационарах, патологии со стороны желудка, толстой кишки не выявлено.

При поступлении у больной заподозрено состоявшееся кишечное кровотечение из неизвестного источника, постгеморрагическая анемия легкой степени, в экстренном оперативном лечении не нуждалась.

Пациентке выполнена гастроскопия, дуоденоскопия, диагностирован хронический гастродуоденит. При колоноскопии с осмотром терминальных отделов подвздошной кишки (около 10–15 см) выявлены два формирующиеся полипа толстой кишки, без признаков изъязвления и кровотечения. Больной также проведена энтерография — данных за органическую патологию, препятствий пассажу бария на всем протяжении тонкой кишки не получено. По результатам компьютерной томографии заподозрено утолщение стенки тонкой кишки на протяжении 6–7 см (предположительно в области связки Трейца), требующее морфологической верификации.

Учитывая жалобы больной, анамнестические данные, свидетельствующие о рецидивах кровотечений из тонкой кишки, боль-



Участок резецированной тонкой кишки с изъязвленной опухолью (наиболее крупная из трех опухолей, отмечена лигатурой)

ной выполнена диагностическая лапароскопия.

На операции: в малом тазу скудное количество прозрачного выпота, на расстоянии 1 м от илеоцекального угла выявлено уплотнение стенки тонкой кишки диаметром до 1 см с васкуляризацией. Выполнена минилапаротомия, при пальпации на протяжении 10–12 см от выявленной опухоли диагностированы два полипообразных плотных образования, вероятно, аналогической структуры, диаметром до 0,5 см. Другой патологии брюшной полости не обнаружено. Выполнена резекция участка тонкой кишки длиной 30 см с опухолями (см. рисунок).

Послеоперационный период неосложненный. По результатам гистологического исследования установлен диагноз — нейроэндокринная карцинома тонкой кишки с мультицентрическим характером роста, в двух из трех участков опухоль прорастает стенку кишки на всю толщу (Т3N0M0).

Больная выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное наблюдение онколога.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616.12-008.46-089.819

Долгушин О.А. (dolgushin70@mail.ru), **Иванов А.В.**, **Шамес А.Б.**, **Гирель О.И.**, **Прохорчик А.А.** — Результат эндоваскулярной реваскуляризации миокарда при хронической сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса левого желудочка.

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

В статье приведены данные современного подхода к лечению сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса. Описан случай положительного результата многоэтапной эндоваскулярной реваскуляризации миокарда у пациента с рефрактерной к консервативному лечению сердечной недостаточностью, обусловленной ишемической кардиомиопатией и клапанным пороком сердца с высоким риском смерти для коронарного шунтирования и хирургической коррекции клапанного порока сердца. С целью снижения смертности и улучшения качества жизни коморбидных пациентов с ишемической кардиомиопатией и тяжелой ХСН