

3. Тамулевичюте Д.И., Витенас А.М. *Болезни пищевода и кардии*. Москва. Медицина. — 1986. — 223 с.

4. Шипулин П.П., Байдан В.И. *Изолированный разрыв пищевода при закрытой травме груди*. Хирургия. — 2. 1992. — С. 142–143.

5. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. *Болезни пищевода. Патологическая физиология, клиника, диагностика, лечение*. Москва. «Триада-Х». — 2000. — 178 с.

6. *Повреждения пищевода и трахеи и их осложнения*. Департамент здравоохранения Москвы. Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. Материалы городского семинара Москва — 2009г.

## Редкие случаи кровотечения из тонкой кишки

М.Н. Петрук, С.П. Нешитов

ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Авторы приводят статистические сведения о количестве наблюдений тонкокишечных кровотечений среди всех случаев кровотечений из желудочно-кишечного тракта. При этом важным диагностическим приемом явилось использование мультиспиральной компьютерной томографии с внутривенным контрастированием, которая позволила визуализировать новообразования тонкой кишки. Приведены сведения о гистологической структуре опухолей, явившихся источниками кровотечения.

**Ключевые слова:** кровотечения из тонкой кишки, мультиспиральная компьютерная томография, опухоли тонкой кишки.

The authors present statistical data on incidence of bleedings in the small intestine in the structure of all gastrointestinal bleedings. An important diagnostic tool in this pathology is multispiral computerized tomography with intravenous contrasting what allows visualizing new masses in the small intestine. Histological structure of the tumors which became a source of bleeding is described as well.

**Key words:** bleedings in the small intestine, multispiral computerized tomography, neoplasms in the small intestine.

В структуре желудочно-кишечных кровотечений кровотечения из тонкой кишки встречаются редко и, по данным российских хирургов, составляют всего 0,27% [1]. Их основной причиной являются опухоли тонкой кишки, как злокачественные, так и доброкачественные. В иностранной литературе приводятся описания единичных случаев и статистики по частоте встречаемости не приводится.

В связи с редкостью данного патологического состояния алгоритм диагностики в настоящее время вариативен. Большинство авторов сходятся во мнении, что на первом этапе необходимо исключить кровотечение из желудка и двенадцатиперстной кишки, затем исключают источники в толстой кишке. Для постановки окончательного диагноза предлагают несколько методов. Во-первых рентгенологический метод распознавания опухолей тонкой кишки, осложненных кровотечением [1], когда контрастирующую массу вводят через зонд в начальный отдел тощей кишки. Чем выше располагается опухоль тонкой кишки, тем чаще она обнаруживается таким способом. Другой способ — ангиография, которую предлагают для диагностики зарубежные авторы [3].

За период с 2008 по 2010 г. в стационар было госпитализировано 482 пациента с диагнозом «желудочно-кишечное кровотечение». По нашим данным, у 2 пациентов источник кровотечения был выявлен в тонкой кишке.

П а ц и е н т к а Л., 1942 года рождения, поступила в неврологическое отделение больницы. На 3-и сутки пребывания в стационаре у пациентки развилась клиническая картина кишечного кровотечения (слабость, головокружение, однократный дегтеобразный стул), падение уровня гемоглобина с 87 до 69 г/л. Переведена

в отделение реанимации, где продолжено лечение и выполнен комплекс диагностических процедур. При эзофагогастроуденоскопии (ЭГДС) источник не найден, при колоноскопии источник кровотечения не выявлен, признаков продолжающегося кровотечения нет. При мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с внутривенным контрастированием в тощей кишке обнаружено экзофитное объемное образование с бугристыми контурами размером 22 • 31 мм. После предоперационной подготовки оперирована. На операции: на расстоянии 60 см от связки Трейтца по противобрыжечному краю тощей кишки округлое опухолевидное образование до 2 см в диаметре с бугристыми контурами, лимфатические узлы не изменены. Выполнена резекция тонкой кишки с опухолью, анастомоз «бок в бок». При гистологическом исследовании опухоль имеет строение лейомиомы, исходящей из мышечного слоя стенки кишки, вне опухоли стенка кишки обычного строения. Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты 11-е сутки, на 14-е сутки после операции пациентка была переведена в Центр реабилитации. За время дальнейшего наблюдения состояние без ухудшений, на фоне проводимой терапии уровень гемоглобина восстановлен до 112 г/л.

П а ц и е н т М., 1971 года рождения, поступил в отделение с клинической картиной кишечного кровотечения. При поступлении общее состояние удовлетворительное, гемодинамика стабильная: АД 130/80 мм рт.ст., пульс 78 в минуту. Было начато обследование и лечение, в ходе которого при ЭГДС и колоноскопии источников кровотечения также не выявлено. Следующим этапом больному была выполнена МСКТ с внутривенным контрастированием, при которой установлен диагноз опу-

холи в средней трети подвздошной кишки. На 3-и сутки госпитализации у больного развился рецидив кровотечения с падением уровня гемоглобина до 97 г/л, пациент был взят в операционную. Интраоперационно: в средней трети кишки опухоль до 2 см, прорастающая серозный покров, в брыжейке кишки два плотных лимфатических узла. Была выполнена клиновидная резекция тонкой кишки с опухолью и брыжейкой, содержащей лимфатические узлы. При гистологическом исследовании после операции – нейроэндокринная опухоль (темноклеточный карциноид альвеолярного строения), в 4 лимфатических узлах брыжейки обнаружены отсеы клеток, имеющих аналогичное строение. Послеоперационный период без осложнений, выписан на 10-е сутки.

### Заключение

Несмотря на сложность поиска источника кровотечения из тонкой кишки, современные методики позволяют установить диагноз. После исключения источника в верхних отделах пищеварительного тракта и толстой кишке эффективной оказалась МСКТ с проведением

внутривенного контрастирования. Этот метод можно рекомендовать в качестве следующего этапа исследования после ЭГДС и колоноскопии при неустановленном источнике кровотечения. В изученной группе наблюдений частота кровотечений из тонкой кишки в структуре желудочно-кишечных кровотечений составила 0,4%.

### Литература

1. Курьгина А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. Неотложная хирургическая гастроэнтерология / Под ред. – СПб. – 2001.
2. Маховский В.З., Маховский В.В., Ворушили В.А., Королев В.В., Кузьминов А.Н. Лейомиома тощей кишки, осложненная кровотечением // Хирургия. – № 4. – 2010.
3. Rios A, Montoya MJ, Rodriguez JM, Parrilla P. Acute lower gastrointestinal hemorrhage originating in the small intestine// *Revista espanola de enfermedades digestivas : organo oficial de la Sociedad Espanola de Patologia Digestiva.* – № 4 – 2006.