

## АНГИОДИСПЛАЗИЯ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННАЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

П. Н. Ромашенко, А. А. Сазонов\*, А. А. Феклюнин, В. С. Чирский, А. А. Ерохина

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Поступила в редакцию 13.12.18 г.; принята к печати 27.02.19 г.

Представлено редкое клиническое наблюдение из собственной практики, на примере которого продемонстрирована эффективность хирургического лечения пациентки с ангиодисплазией подвздошной кишки, осложненной кровотечением. Подробно описан обоснованный с клинических позиций алгоритм диагностики данного заболевания. Продemonстрирована возможность достижения обнадеживающих результатов хирургического лечения этой непростой категории больных при обоснованном выборе хирургической тактики.

**Ключевые слова:** ангиодисплазия тонкой кишки, кровотечение

**Для цитирования:** Ромашенко П. Н., Сазонов А. А., Феклюнин А. А., Чирский В. С., Ерохина А. А. Ангиодисплазия подвздошной кишки, осложненная кровотечением. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2019;178(2):56–58. DOI: 10.24884/0042-4625-2019-178-2-56-58.

\* **Автор для связи:** Алексей Андреевич Сазонов, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МЗ РФ, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6. E-mail: sazonov\_alex\_doc@mail.ru.

### Angiodysplasia of the small intestine complicated by bleeding

Pavel N. Romaschenko, Aleksei A. Sazonov\*, Aleksei A. Feklunin, Vadim S. Chirsky, Alina A. Erokhina

Military Medical Academy named after S. M. Kirov, Russia, St. Petersburg

Received 13.12.18; accepted 27.02.19

We presents the rare clinical observation from our own practice, which demonstrates the effectiveness of surgical treatment of the patient with angiodysplasia of the small intestine complicated by bleeding. A clinically based algorithm for the diagnosis of this disease is described in detail. The possibility of achieving encouraging results of surgical treatment in this difficult category of patients with a reasonable choice of surgical tactics has been demonstrated.

**Keywords:** angiodysplasia of the small intestine, bleeding

**For citation:** Romaschenko P. N., Sazonov A. A., Feklunin A. A., Chirsky V. S., Erokhina A. A. Angiodysplasia of the small intestine complicated by bleeding. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2019;178(2):56–58. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2019-178-2-56-58.

\* **Corresponding author:** Aleksei A. Sazonov, Military Medical Academy named after S. M. Kirov, 6 Academiva Lebedeva street, St. Petersburg, Russia, 194044. E-mail: sazonov\_alex\_doc@mail.ru.

Ангиодисплазия тонкой кишки представляет собой патологическое состояние, характеризующееся порочным развитием сосудов кишечной стенки, проявляющееся дегенеративными изменениями ангиоархитектоники преимущественно в подслизистом слое [1, 2]. Одна из первых научных работ, посвященных этому заболеванию, была опубликована в 1974 г. J. J. Caldaibini [3], который использовал термин «ангиодисплазия» для обозначения аномально расширенных вен подслизистой основы кишечника, явившихся причиной кровотечения у пациента старческого возраста. С момента появления активного интереса ученых и клиницистов к данной проблеме прошло уже почти полвека, однако ангиодисплазия остается наименее изученным заболеванием, приводящим к кишечным кровотечениям. Среди возможных предикторов его развития выделяют локальное повышение интралюминального давления, дисфункцию эндотелия сосудов, а также артериальную гипертензию [4, 5].

Ангиодисплазия тонкой кишки является весьма редким заболеванием, поэтому опыт лечения данной

патологии даже в ведущих профильных стационарах чаще всего представлен единичными наблюдениями, что препятствует стандартизации лечебно-диагностических алгоритмов. Так, согласно наиболее крупным мультицентровым исследованиям, удельный вес ангиодисплазий среди причин кровотечений из нижних отделов желудочно-кишечного тракта составляет от 2 до 5 % [2, 4]. Кроме того, необходимо отметить, что большинство больных получают лечение не в специализированных стационарах, а в медицинских учреждениях общего профиля, куда, как правило, поступают по неотложным показаниям [3, 5].

Своевременная диагностика ангиодисплазии тонкой кишки, наряду с выбором адекватной хирургической тактики, представляет собой серьезные трудности даже для опытных специалистов, что обусловлено целым рядом факторов: многообразием клинических форм заболевания, длительным периодом малосимптомного течения, вариабельностью локализации патологических очагов, а также малодоступностью данного отдела желудочно-кишечного тракта для про-

ведения эндоскопического исследования [1, 3]. Таким образом, проблема оказания медицинской помощи пациентам с ангиодисплазией тонкой кишки далека от своего решения. Для демонстрации возможностей диагностики и алгоритма выбора тактики хирургического лечения при данной патологии приводим следующее клиническое наблюдение.

Пациентка 3., 82 лет, была госпитализирована в клинику факультетской хирургии им. С.П. Фёдорова Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова 31.10.2018 г. по неотложным показаниям с диагнозом направления «Кишечное кровотечение». На момент поступления больная жалоб не предъявляла, однако из анамнеза было известно, что на протяжении последних 3 суток она дважды отмечала обильные кровянистые выделения из заднего прохода при дефекации. Объективно: состояние пациентки удовлетворительное, кожный покров и видимые слизистые обычной окраски, пульс – 78 уд./мин, удовлетворительных качеств, АД – 115/70 мм рт. ст. Живот не вздут, безболезненный во всех отделах. Ректально: сфинктеры в тонусе, на высоте пальца патологических образований не выявлено, на перчатке кал темного цвета. В клиническом анализе крови: гемоглобин – 98 г/л, эритроциты –  $3,46 \cdot 10^{12}/л$ , другие лабораторные показатели – в пределах референсных значений.

В течение 2 ч после поступления в стационар был проведен стандартный спектр инструментальной диагностики для исключения острой хирургической патологии органов брюшной полости: рентгенография грудной клетки и живота, ультразвуковое исследование и фиброгастродуоденоскопия. Органической патологии, за исключением признаков атрофического гастрита, при выполнении эндоскопического исследования не выявлено. Начата подготовка к фиброколоноскопии (ФКС). Однако через 12 ч после госпитализации отмечен эпизод ортостатического коллапса, сопровождавшийся снижением АД до 95/60 мм рт. ст., тахикардией до 92 уд./мин., а также отхождением стула с примесью крови. В контрольном клиническом анализе крови наблюдалось снижение гемоглобина до 85 г/л. С целью мониторинга витальных функций и проведения комплексной терапии пациентка была переведена в отделение интенсивной терапии. Для подготовки к эндоскопическому исследованию толстая кишка отмыта сифонными клизмами до чистых вод. При выполнении тотальной ФКС патологических изменений со стороны слизистой толстой кишки не отмечено. В последующие сутки признаков рецидива кровотечения, как клинически, так и по данным лабораторного обследования, не было. Пациентка переведена на общее отделение в удовлетворительном состоянии.

Учитывая наличие убедительных данных за кишечное кровотечение, решено продолжить диагностический поиск и выполнить компьютерно-томографическую (КТ) ангиографию, по результатам которой, в терминальном отделе подвздошной кишки, в 15 см от илеоцекального перехода, выявлено образование размерами  $2 \times 2,5$  см, интенсивно накапливающее контрастное вещество (гемангиома?) (рис. 1). После выполнения данного исследования (на 3-и сутки пребывания в клинике) у пациентки зарегистрирован повторный эпизод поступления геморрагического отделяемого из заднего прохода, в объеме до 400 мл, сопровождавшийся головокружением, умеренной тахикардией (ЧСС – 94 уд./мин.) и гипотензией (АД – 90/50 мм рт. ст.), а также снижением концентрации гемоглобина до 76 г/л. В экстренном порядке выполнена ФКС, при которой в толстой кишке на всем ее протяжении определяются сгустки крови, при осмотре слепой кишки наблюдается поступление свежей крови из-за Баугиниевой заслонки. Данная клиническая картина расценена как рецидив кишечного кровотечения с локализацией источника в тонкой кишке, который, согласно данным КТ-ангиографии, представлен



Рис. 1. КТ брюшной полости в ангиорежиме. Отмечено образование терминального отдела подвздошной кишки  
Fig. 1. CT of the abdomen. Neoplasm of the terminal ileum is marked

гемангиомой. Учитывая продолжающийся характер рецидивного кровотечения, кровопотерю средней степени тяжести, была выбрана следующая лечебная тактика: проведение гемотрансфузии, комплексной инфузионной терапии, а также выполнение оперативного вмешательства по жизненным показаниям, которое решено начать с диагностической лапароскопии для ревизии петель тонкой кишки и идентификации источника кровотечения.

При видеоэндоскопической ревизии брюшной полости определялась незначительная дилатация терминального отдела подвздошной кишки до 3 см, просвет которой на протяжении 30–40 см от Баугиниевой заслонки был заполнен геморрагическим отделяемым. Других изменений, в том числе источника кровотечения, не выявлено. Выполнена средне-срединная лапаротомия. Осуществлена тщательная ревизия брюшной полости. Тонкая кишка осмотрена от связки Трейца до илеоцекального перехода тактильно, а также с использованием диафаноскопии. Каких-либо патологических очагов не выявлено. Однако установлено, что кровь продолжает поступать в просвет подвздошной кишки, при этом геморрагическое отделяемое определяется только в ее терминальном отделе, на протяжении 40 см от илеоцекального перехода. Проксимальнее данной зоны тонкая кишка интактна. Учитывая наличие абсолютных признаков продолжающегося кровотечения, четкую локализацию геморрагического отделяемого, а также данные КТ-ангиографии, принято решение о выполнении прицельной резекции подвздошной кишки. Произведено удаление около 40 см последней по следующим границам: проксимальная – в 10 см оральнее от зоны скопления геморрагического отделяемого, дистальная – в 8 см от илеоцекального перехода.

Резецированная тонкая кишка была рассечена продольно. При макроскопической оценке ее состояния каких-либо новообразований не выявлено. Однако в 4 см от дистального края резекции выявлен участок со сглаженным рельефом слизистой размерами  $2 \times 3$  см и точечным дефектом около 2 мм в диаметре (помечен лигатурой для последующего гистологического исследования) (рис. 2). С целью исключения наличия патологических очагов в оставленном для формирования анастомоза дистальном сегменте подвздошной кишки осуществлена его



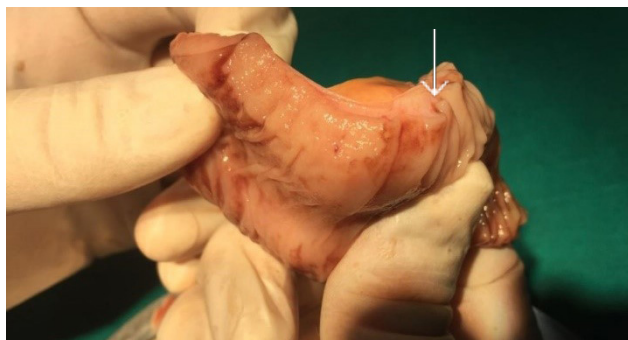


Рис. 2. Операционный препарат.  
Стрелкой отмечен дефект слизистой оболочки  
резецированной подвздошной кишки

Fig. 2. Surgical preparation.  
The arrow marks a defect of the mucous membrane  
of the resected ileum

инвагинация с тщательной ревизией. Никаких изменений слизистой не обнаружено. Операция завершена формированием тонкокишечного анастомоза, дренированием брюшной полости.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии на 8-е сутки после вмешательства. Концентрация гемоглобина в контрольном клиническом анализе крови – 108 г/л. При осмотре через 2 месяца после выполнения хирургического пособия – состояние удовлетворительное, клинических и лабораторных признаков рецидива кишечного кровотечения не выявлено. В ходе гистологического исследования операционного препарата в зоне, помеченной лигатурой, на фоне умеренно выраженной лейкоцитарной инфильтрации были определены признаки ангиодисплазии подслизистого слоя кишечной стенки в виде клубков патологически измененных сосудов (рис. 3).

Представленный клинический случай подтверждает сложность и многогранность проблемы оказания хирургической помощи больным с ангиодисплазией тонкой кишки. Очевидно, что залогом ее решения является своевременная диагностика данного заболевания, которая является трудной задачей ввиду морфологических и топографических характеристик патологического очага, которые препятствуют его идентификации с помощью стандартного лабораторно-инструментального обследования. Так, согласно клиническим рекомендациям [2], высокой диагностической ценностью при данной патологии обладают такие методы, как мезентерикография, радионуклидная скintiграфия и энтероскопия. Однако возможности их применения в большинстве стационаров весьма ограничены, особенно в рамках оказания неотложной хирургической помощи. Тем не менее приведенное наблюдение демонстрирует, что надлежащая интерпретация клинических данных, наряду с применением нестандартного подхода к выбору хирургической

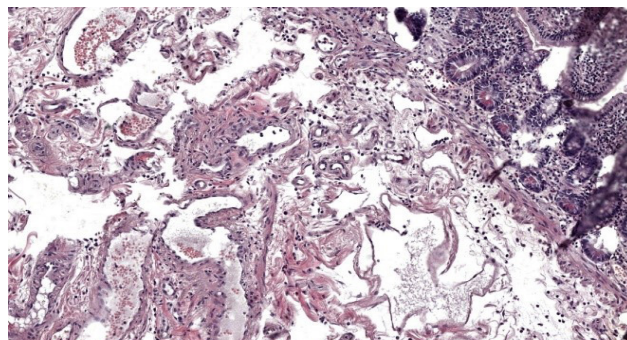


Рис. 3. Фото микропрепарата. Окраска – гематоксилин и эозин.  
Морфологические признаки ангиодисплазии: клубки патологически измененных сосудов в подслизистом слое. Ув. ×200

Fig. 3. Photo of micropreparation. Staining – hematoxylin and eosin. Morphological features of angiodyplasia: glomes of pathological vessels in the submucosal layer. Magnification 200 ×

тактики, позволяет рассчитывать на достижение обнадеживающих результатов лечения ангиодисплазии тонкой кишки, несмотря на осложненное течение заболевания и отсутствие в диагностическом арсенале наиболее информативных методов.

#### Конфликт интересов / Conflict of interest

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов. / The authors declare no conflict of interest.

#### Соответствие нормам этики / Compliance with ethical principles

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов. / The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

#### ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Воробьев Г. И., Саламов К. Н., Кузьминов А. М. Ангиодисплазии кишечника. М., 2001. 160 с. [Vorob'ev G. I., Salamon K. N., Kuz'minov A. M. Angiodysplazii kishhechnika. Moscow, 2001:160. (In Russ.).]
2. Клинические рекомендации по лечению взрослых больных ангиодисплазией кишечника / под ред. Ю. А. Шелыгина. М., 2013. 13 с. [Klinicheskie rekomendatsii po lecheniyu vzroslykh bol'nykh angiodysplaziei kishhechnika. Pod red. Yu. A. Shelygina. Moscow, 2013:13. (In Russ.).]
3. Дубова Е. А., Щеголев А. И. Ангиодисплазия тонкой кишки // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2007. № 2. С. 84–88. [Dubova E. A., Shchegolev A. I. Angiodysplaziya tonkoi kishki. Ros. zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2007;(2):84–88. (In Russ.).]
4. Gayer C., Chino A., Lucas C. et al. Acute lower gastrointestinal bleeding in 112 patients admitted to an urban emergency medical center // Surgery. 2009. Vol. 146. P. 600–607.
5. Chen L. H., Chen W. G., Cao H. J. et al. Double-balloon enteroscopy for obscure gastrointestinal bleeding : a single center experience in China // World J. Gastroenterol. 2010. Vol. 16. P. 1655–1659.

#### Сведения об авторах:

Ромашенко Павел Николаевич (e-mail: romashchenko@rambler.ru), член-корр. РАН, профессор, начальник кафедры факультетской хирургии; Сазонов Алексей Андреевич (e-mail: sazonov\_alex\_doc@mail.ru), канд. мед. наук, начальник хирургического отделения клиники факультетской хирургии; Феклюнин Алексей Александрович (e-mail: a.feclynin@mail.ru), канд. мед. наук, преподаватель кафедры факультетской хирургии; Чирский Вадим Семёнович (e-mail: v-chirsky@mail.ru), профессор, зав. кафедрой патологической анатомии; Ерохина Алина Артуровна (e-mail: lokitrikster@mail.ru), ассистент кафедры патологической анатомии; Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, 194044, Россия, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6.