Научная статья
Original article
УДК 616-06

# КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ИСТОЧНИКА НЕ ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

# CLINICAL OBSERVATION OF GASTROINTESTINAL BLEEDING FROM A SOURCE OF NON-TYPICAL LOCATION

**Проничев Вячеслав Викторович,** доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии, «Ижевская государственная медицинская академия»
**Бабина Наталья Николаевна,** студент, «Ижевская государственная медицинская академия»
**Гоголева Полина Антоновна,** студент, «Ижевская государственная медицинская академия»

**Victor V. Pronichev,** Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Faculty Therapy, Izhevsk State Medical Academy
**Natalia N. Babina,** student, Izhevsk State Medical Academy
**Polina A. Gogoleva,** student, Izhevsk State Medical Academy

**Аннотация.** В данном клиническом случае описан не типичный случай желудочно-кишечного кровотечения. В ходе операции было выполнено шунтирование между бассейнами воротной вены и нижней полой вены, дополнительно была проведена эмболизация вен области кровотечения. Операция была проведена щадящим малоинвазивным способом.

**Abstract.** This clinical case describes a non-typical case of gastrointestinal bleeding. During the operation, shunting was performed between the pools of the portal vein and the inferior vena cava, additionally embolization of the veins of the bleeding area was performed. The operation was performed in a gentle minimally invasive way.

**Ключевые слова**: Желудочно-кишечный тракт, цирроз печени, кровотечение, Ру-петля, внутриабдоминальный венозный анастомоз (TIPS).

**Keywords**: Gastrointestinal tract, liver cirrhosis, bleeding, Roux-loop, intra-abdominal venous anastomosis (TIPS).

Введение.

Цирроз печени – это диффузный процесс, характеризующийся фиброзом и трансформацией нормальной структуры органа с образованием узлов[1]. Вторичный билиарный цирроз печени формируется вследствие длительной частичной или полной обструкции общего желчного протока или основных его ветвей. Причиной развития наиболее часто является первичный склерозирующий холангит, а также в результате длительного внепеченочного холестаза, вызванного желчнокаменной болезнью или обструкцией желчных ходов послеоперационным рубцом, доброкачественными опухолями, при кистах холедоха и лимфогранулематозе[2].

Патогенетическими звеньями развития вторичного билиарного цирроза печени являются холестаз, перилобулярный фиброз, цирроз. Механическая обструкция желчевыводящих путей вызывает желчную гипертензию, вследствие чего компоненты желчи поступают в перидуктальные пространства. Следующим этапом является повреждение печеночной ткани, её замещение соединительной тканью. Отмечается расчленение синусоидальной сети, увеличение объема ложных долек [3]. Возникает механическое препятствие оттока крови из печени, что провоцирует увеличение давления в воротной вене, то есть развивается портальная гипертензия. В дальнейшем синдром портальной гипертензии

приводит к варикозному расширению вен пищевода, желудка, с последующим кровотечением из них, асциту, гиперспленизму, печеночной энцефалопатии[4].

Клинический случай.

Пациентка М. экстренно поступила в стационар 07.04.2022 с жалобами на черный дегтеобразный стул в течение 2х дней, общую слабость, головокружение, рвоты не было.

В октябре 2010 года перенесла лапаротомию, холецистэктомию, по поводу желчнокаменной болезни, ятрогенную травму холедоха. В ноябре 2010 года была произведена релапоротомия, санация, наружное дренирование желчевыводящих путей. В 2011 году проведена реконструктивная операция - гепатикоеюноаностомия, на выключенной по Ру-петле на транспеченочном дренаже. В 2013 году поступила в хирургическое отделение, где удалили транспеченочный дренаж, с дальнейшим формированием тонкокишечного свища.

В июне 2014 года состояние пациентки ухудшилось, появилась желтуха. Лечение проводилось в условиях хирургического отделения с положительной динамикой. Но в октябре 2014 года возник рецедив, явления желтухи стали нарастать. Был выставлен диагноз: Постхолицистэктомический синдром. Хронический билиарнозависимый гепатит. АКТ 2. Состояние после ятрогенной травмы холедоха, реконструктивной операции. Лечение проводилось с 07.11.14 по 25.11.14

Проведение эластографии печени от 02.08.2015 дало возможность поставить следующее заключение: Диффузные изменения паренхимы печени, спленомегалия. Признаки портальной гипертензии. Показатели эластометрии соответствуют F2-F3 стадии фиброза. Производилось лечение у терапевта.

В 2015 году у пациентки возник эпизод желудочно-кишечного кровотечения средней степени тяжести. После которого переведена в хирургическое отделение. По данным фиброгастроскопии сделано заключение: Варикозное расширение вен пищевода I. Эрозивный рефлюкс-эзофагит. Очаговый

гастрит. Острые эрозии тела желудка. По заключению спиральной компьютерной томографии выявлено: Состояние после наложения гепатикоеюноанастомоза. Портальная гипертензия (расширение и кавернозная трансформация воротной вены, гепатоспленомегалия, наличие портоковальных анастомозов, малый асцит). Признаки продолжающегося кишечного и наружного кровотечения из арозированного сосуда (анастомоз между брыжеечной и левой подвздошной венами) в стенке отключенной петли тонкой кишки и свище передней брюшной стенки. Признаки динамической кишечной непроходимости. Двусторонний малый гидроторакс.

Была произведена рентгенэндоваскулярная окклюзия ветвей верхней брыжеечной артерии от 30.01.15. находилась на лечении с 29.01.15 по 26.02.15 в хирургическом, затем гастроэнтерологическом отделении республиканской клинической больницы с диагнозом: Постхолецистэктомический синдром. Хронический билиарнозависимый гепатит, холестатический вариант. Антикоагулянтная терапия 1. Гепатоцеллюлярная недостаточность 1. Портальная гипертензия вследствие интраоперационного повреждения холедоха. Состояние после кровотечения из порто-кавального анастомоза (от 29.01.15). Варикозное расширение вен пищевода 3 степени. Хронический эроизвный рефлюкс-эзофагит, обострение. У пациентки в 2016 году произошел разрыв кисты левого яичника. В гинекологическом отделении было проведено удаление кисты левого яичника.

В феврале 2018 года больная госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом: Вторичный билиарный цирроз печени, активность 1 в исходе холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни в 2010 г. с повреждением холедоха, множественных реконструктивных оперативных вмешательств на желчных протоках, с явлениями аутоагрессии. Состояние после кровотечения из порто-кавального анастомоза. Выписана с положительной динамикой.

Эпизоды кровотечения случались в 2015, 2019, 2020 году и последний в декабре 2021 года. При каждом эпизоде была госпитализирована в хирургический стационар, но источник кровотечения выявлен не был.

За 4 дня до поступления в стационар увеличилась температура до 39, которая снижалась приемом жаропонижающих препаратов, появилась слабость, черный жидкий стул. После ухудшения состояния была экстренно доставлена в хирургическое отделение районной больницы с диагнозом тонкокишечное кровотечение неясной этиологии (из выключенной по Ру-петли?), состояние после ятрогенной травмы холедоха, функционирующий гепатикоеюноанастомоз на отключенной по Ру-петле. В стационаре проведена инфузионная терапия, транексам, квамател, переливание эритроцитарной массы (2 дозы) и свежезамороженной плазмы (3дозы).

Переведена в хирургическое отделение на реанимобиле, с последующим переводом в отделение анестезиологии и реанимации.

Результаты общего анализа крови от 07.04.2022: Эритроциты $3,09*10^{12}$/л, Гемоглобин 69 г/л, Тромбоциты $64*10^{9}$/л, Гематокрит 24,4% , Лейкоциты $1,88*10^{9}$ /л. Заключение: постгеморрагическая анемия, лейкопения, тромбоцитопения.

Результаты биохимического анализа крови от 07.04.2022: Алт 28,1 ед/л, АСТ 35,9 ед/л, общий белок 51 г/л, общий билирубин 39, прямой билирубин 15 мкмоль/л, непрямой билирубин 24 мкмоль/л. Заключение: гипопротеинемия, гипербилирубинемия.

Результаты коагулограммы от 7.04.2022: ПВ 13,4 секунд; МНО 1,18; АЧТВ 38,6 секунд. Заключение: увеличено время свертывания крови.

По данным ФГС кровотечения из верхних отделов ЖКТ не выявлено.

По данным видеоколоноскопии от 7.04.2022 видны признаки тонкокишечного кровотечения, источник которого не верифицирован.

В заключении компьютерной томографии органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием (болюс) от 07.04.2022 отмечена Кт-картина цирроза печени с выраженной портальной

гипертензией, спленомегалией, малым перитонеальным выпотом. Состояние после холецистэктомии, эмболизации порто-кавальных анастомозов околопупочной области. Холангиоэктазия.

По результатам ультразвуковой диагностики органов брюшной полости от 13.04.2022 определено состояние после холецистэктомии, жидкостной структуры в проекции ложа желчного пузыря (кистовидное расширение культи пузырного протока? Серома?), расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков, структурных изменений в печени на фоне хронического гепатита-цирроза, увеличение селезенки с расширением вен портальной системы, портоковального шунтирования, добавочной дольки селезенки, диффузных изменений в поджелудочной железе.

На основании жалоб, анамнеза, данных лабораторных и инструментальных исследований пациентке выставлен диагноз: Вторичный билиарный цирроз печени. Состоявшееся тонкокишечное кровотечение неуточненное (из варикозно-расширенных вен выключенной Ру-петли?) Осложнение – гепатоспленомегалия. Портальная гипертензия. Варикозное расширение вен пищевода 1 стадии. Состояние после реконструктивной операции в 2011 году – гепатикоеюностомия на выключенной по Ру-петле на транспеченочном дренаже по поводу ятрогенной травмы холедоха. Постгеморагическая анемия.

Было решено провести операцию: внутриабдоминальный венозный анастомоз (TIPS). РЭО венозных ветвей петли тонкой кишки. Синдром раздражённого кишечника со склонностью к запорам.

Операция проводилась под местной анестезией 0,5% - 10 мл раствором лидокаина. Под контролем УЗИ навигацией выполнена пункция правой внутренней яремной вены. Выполнена катетеризация правой собственной печеночной вены интрадъюсером. Пункция правой ветви воротной вены выполнена под внутривенной анестезией иглой.

Проведен проводник 0,035 в воротную вену. Игла удалена. По проводнику выполнена предилятация до 10 атм баллонным катетром диаметром 5,5 мм длиной 80 мм в области формируемого венозного порто-системного шунта в паренхиме печени. Баллонный катетер удален. В область шунта подведена система доставки с монтированным стентом. Стент расправлен путем раздувания до 10 атмосфер баллонного катетера диматером 10 мм длиной 40 мм. Стент расправлен. Система доставки удалена. Выполнена флебография из интродъюсера, проведенный через сформированный шунт в воротную вену. Сформированный TIPS функционирует, стент расправлен. При проведении флебографии воротной вены визуализируется эфферентная расширенная до 10 мм венозная сеть, идущая из выключенной по Ру-петли тонкой кишки, ранее визуализируемая до операции на КТ органов брюшной полости во внутривенным болюсным контрастированием. В ходе операции катетеризирована венозная расширенная ветвь, идущая из выключенной по Ру-петли тонкой кишки, диагностическим катетером при помощи проводника 0,035. Выполнена окклюзия данной вены путем введения металлической спирали 0,035. При контрольной флебографии результат удовлетворительный. Визуализируется стаз контрастированной крови в венозных ветвях, идущих из выключенной по Ру-петли тонкой кишки, и формирующиеся в просвете данной венозной ветви дефектов наполнения (тромботические массы). Произведено удаление систем проводников и катетеров. Была наложена асептическая повязка на область пункции правой внутренней яремной вены. Выполнение интраоперационного исследования: флебография, при помощи которой дана оценка функционирования интраоперационно сформированного шунта в воротную вену. Особенности операции нет.

Вывод.

В данном сообщении представлен вариант остановки кровотечения в труднодоступном участке пищеварительной системы. Выполнение операции

в открытом варианте привело бы к обширной травме, а возможно, учитывая спаечный процесс и изменения топографии органов, было бы технически невыполнимо.

**Литература.**

1. Клинические рекомендации «Гастроэнтерология». Главный редактор академ. РАМН В.Т. Ивашкин 2008г.
2. Циррозы печени: уч. пособие / Д.Х. Калимуллина [и др.] ; под общ. ред. А.Б. Бакирова – Уфа: Вагант, 2016
3. Учебник «Клиническая гастроэнтерология» доцент 2-й кафедры внутренних болезней Гродненского государственного медицинского университета Т.Н. Якубчик 2011 год .
4. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации по лечению осложнений цирроза печени В.Т. Ивашкин[1], М.В. Маевская[1], Ч.С. Павлов[1], Е.А. Федосьина[1], Е.Н. Бессонова[2], И.Ю. Пирогова[3], Д.В. Гарбузенко4 [1]ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация [2]Свердловская областная клиническая больница № 1, Екатеринбург, Российская Федерация [3]Центр гастроэнтерологии и гепатологии, Медицинский центр «Лотос», Челябинск, Российская Федерация 4ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск, Российская Федерация 2016г.

**References**

1. Clinical recommendations "Gastroenterology". Editor-in-Chief Acad. RAMS V.T. Ivashkin 2008
2. Cirrhosis of the liver: textbook. allowance / D.Kh. Kalimullina [and others]; under total ed. A.B. Bakirova - Ufa: Vagant, 2016

3. Textbook "Clinical Gastroenterology" Associate Professor of the 2nd Department of Internal Diseases of the Grodno State Medical University T.N. Yakubchik 2011.
4. Clinical guidelines of the Russian Society for the Study of the Liver and the Russian Gastroenterological Association for the treatment of complications of liver cirrhosis V.T. Ivashkin[1], M.V. Maevskaya[1], Ch.S. Pavlov[1], E.A. Fedosina[1], E.N. Bessonova[2], I.Yu. Pirogov[3], D.V. Garbuzenko4 [1]First Moscow State Medical University. THEM. Sechenov" of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russian Federation [2]Sverdlovsk Regional Clinical Hospital No. 1, Yekaterinburg, Russian Federation [3]Center for Gastroenterology and Hepatology, Medical Center "Lotos", Chelyabinsk, Russian Federation 4GBOU VPO "South Ural State Medical University" of the Ministry of Health of Russia, Chelyabinsk, Russian Federation 2016.

*© Проничев В.В., Бабина Н.Н., Гоголева П.А., 2022 Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet» №6/2022*

**Для цитирования:** Проничев В.В., Бабина Н.Н., Гоголева П.А. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ИСТОЧНИКА НЕ ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ// Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet» №6/2022