

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Тарасик Л.В., Соколовский П.А., Хрыщанович В.Я., Шорох С.Г., Седун В.В.,

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

Карпова И.Н., Палеев С.А., Стахивич В.А.

УЗ «10-я городская клиническая больница»,

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
БелМАПО, Минск*

Введение. Сосудистые мальформации слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) встречаются крайне редко. Их доля в структуре причин гастроинтестинальных кровотечений составляет 1-2 %. В 12перстной кишке локализуется до 15% всех сосудистых мальформаций ЖКТ. Отсутствие настороженности в отношении этого редкого заболевания приводит к увеличению летальности до 80%, что требует учитывать его при дифференциальной диагностике скрытых кровотечений

Цель исследования: продемонстрировать редкую причину дуоденальных кровотечений неязвенной этиологии; наметить возможную оптимальную тактику диагностики и лечения сосудистых мальформаций 12перстной кишки, осложненных профузным дуоденальным кровотечением.

Материалы и методы. В период с января 2010 по февраль 2020 гг. в Городском Центре гастродуоденальных кровотечений г. Минска пролечено 16 пациентов сосудистыми мальформациями 12перстной кишки. Из них было 11 пациентов мужского пола, 5 – женского пола. Средний возраст составил 64,3. Трудоспособного возраста было 5 пациентов.

У всех пациентов была клиника желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК), которая проявлялась меленой, слабостью, потерей сознания. У троих пациентов наблюдалась клиника продолжающегося кровотечения с кровопотерей тяжелой степени. Кровопотеря легкой степени была у 2 пациентов, средней степени – у 6 пациентов, тяжелой степени – у 8 пациентов. Оперировано было 13 пациентов.

Результаты и обсуждение. При поступлении 8 пациентов в тяжелом состоянии были госпитализированы в операционную, где проводилась интенсивная консервативная терапия, включавшая инфузионную, антисекреторную, гемостатическую терапию, гемо-плазмотрансфузию, и обследование. 8 пациентов в состоянии легкой и средней степени тяжести были направлены в отделение эндоскопии (6 из них в сопровождении врача-реаниматолога).

Пациентам проводилась экстренная ЭГДС. Вероятный источник кровотечения локализовался в 12перстной кишке (ДПК) и трактовался, как кровоточащий сосуд на фоне неизменной слизистой. Других изменений со стороны ДПК выявлено не было. Выполнялась попытка эндоскопического гемостаза: у 11 пациентов – инъекционный гемостаз, у 3 пациентов – эндоклиппирование кровоточащего сосуда.

С целью дообследования компьютерная томография проводилась у 3 пациентов – определялось неравномерное утолщение стенки 12перстной кишки на уровне источника кровотечения, что трактовалось, как следствие проведения эндоскопического гемостаза.

Локализация источников кровотечения в 12перстной кишке была следу-

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

ющая: луковица и верхняя горизонтальная ветвь (D1) – 6 пациентов, нисходящая ветвь (D2) – у 7 пациентов, нижняя горизонтальная ветвь (D3) – у 3 пациентов.

У 5 пациентов наблюдалась клиника рецидива кровотечения в первые 6 часов наблюдения. Двое из них были оперированы, двоим выполнен повторный эндоскопический гемостаз. 1 пациент был оперирован в связи с высоким риском рецидива кровотечения.

Интраоперационно во всех случаях при первичной ревизии со стороны стенки ДПК визуально и пальпаторно убедительных дефектов не определялось. При выполнении дуоденотомии на уровне предполагаемой локализации источника кровотечения, зоны эндоскопического гемостаза на неизменной слизистой оболочке определялись аррозированные сосуды с продолжающимся кровотечением. Выполнялся гемостаз прошиванием двух концов аррозированного сосуда. Резекционных хирургических вмешательств проводить не требовалось.

Релапаротомий не было. Умер 1 пациент 69 лет на 11 сутки после операции от прогрессирования сердечно-сосудистой недостаточности (в анамнезе у пациента было 2 инфаркта миокарда).

Выводы. Сосудистые мальформации желудочно-кишечного тракта являются редкой патологией, которая однако требует проявления настороженности. Эндоскопические методики позволяют достичь гемостаза при проксимальных поражениях, однако не всегда эффективны при дистальной локализации. Открытое хирургическое вмешательство остается методом выбора при отсутствии эффекта малоинвазивных методик. При этом источник кровотечения должен быть четко локализован до операции.