

Ле К.Т.¹, Черных А.Ю.²

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ, АССОЦИИРОВАННОЕ С ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Научный руководитель: д-р мед. наук, доц. Бураков И.И.

¹Кафедра пропедевтики внутренних болезней

с курсом повышения квалификации и переподготовки

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

²УЗ «6-я ГКБ г. Минска»

Актуальность. Новообразования двенадцатиперстной кишки (ДПК) выявляются у 1,5-3,0% пациентов при эндоскопическом исследовании. Причинно-следственные отношения новообразований ДПК с желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) в доступной литературе рассматривается как с точки зрения применяемой лечебной тактики (хирургическое, либо эндоскопическое удаление дуоденальных полипов), так и с позиции анализа визуальных (эндоскопических) и гистологических характеристик дуоденальных неоплазий. Клинические описания случаев ЖКК при полипах ДПК являются редкостью.

Цель: провести анализ клинического случая множественных неоплазий луковицы и постбульбарного отдела ДПК, ассоциированных с эпизодом ЖКК.

Материалы и методы. Проанализированы результаты клинических, лабораторных и инструментальных исследований пациента с рецидивирующими эпизодами ЖКК, получавшего медицинскую помощь в УЗ «6-я ГКБ г. Минска» в декабре 2024 – январе 2025 года.

Результаты и их обсуждение. Клинический случай: мужчина 71 года экстренно поступил в гастроэнтерологическое отделение клиники (заведующий отделением Н.В. Олейник) с клинико-лабораторными признаками железодефицитной анемии (Hb 71 г/л) и двусторонней пневмонии с правосторонним гидротораксом. Респираторные нарушения (одышка и интоксикационный синдром) разрешились в течение 2-х недель после торакоцентеза и курса антибактериальной терапии. За время госпитализации имели место рецидивирующие эпизоды ЖКК на 3, 6, 11, 15, 20 сутки (лечение в ОРИТ), Консервативная терапия включала повторные гемотрансфузии, инфузии физиологического раствора и раствора Рингера, ингибиторов протонной помпы, гемостатических средств и парентеральное введение препаратов, содержащих железо. В четырех случаях из пяти регистрировались клинические признаки ЖКК (гематокезия). Клинически было доказано (осмотр врача-хирурга), что одной из причин является варикозное расширение геморроидальных вен (при пальцевом исследовании rectum спавшиеся узлы на 3, 7, 11 часах, на перчатке кал красного цвета). Однократно (на 11 сутки) зафиксирован эпизод появления стула типа «мелены». Инструментальный диагностический поиск причин анемии включал проведение эндоскопического исследования (ФГДС и ФКС) с биопсией, ультрасонографию органов брюшной полости и предстательной железы (4 мес. назад лечился в стационаре по поводу острой задержки мочи, в это же время отметил снижение веса на 20 кг).

При ФГДС обнаружены рубцы слизистой по малой кривизне нижней трети тела желудка, множественные полиповидные неоплазии луковицы и постбульбарного отдела ДПК (0-Is - по Парижской классификации). На гистологии – неизмененная слизистая тонкой кишки. При ФКС выявлено экзофитное бугристое образование на протяжении 15-20 см от ануса, на $\frac{3}{4}$ перекрывающее просвет кишки.

Выводы. Анализируемый клинический случай может свидетельствовать о вероятной связи одного эпизода ЖКК с множественными неоплазиями луковицы и постбульбарного отдела ДПК. В структуре клинического диагноза данную нозологическую форму следует учитывать как фоновое заболевание.