



УДК:616.341–005. 1–02:616.341–006.311  
<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-187-3-214-217>

## Массивное рецидивирующее тонкокишечное кровотечение\*

Кортиева А. Т.<sup>1</sup>, Крушельницкий В. С.<sup>1,2</sup>, Габриэль С. А.<sup>1,2</sup>, Дынько В. Ю.<sup>1,2</sup>, Гучетль А. Я.<sup>1,2</sup>, Бабенко Е. С.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2» Министерства здравоохранения Краснодарского края, ул. Красных Партизан, 6/2, г. Краснодар, 350012, Россия

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО Кубанский Государственный медицинский университет Минздрава России, ул. Митрофана Седина, 4, Краснодар, Краснодарский край, 350063, Россия

**Для цитирования:** Кортиева А. Т., Крушельницкий В. С., Габриэль С. А., Дынько В. Ю., Гучетль А. Я., Бабенко Е. С. Массивное рецидивирующее тонкокишечное кровотечение. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021;187(3): 214–217. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-187-3-214-217

✉ Для переписки:

**Кортиева  
Алена Таймуразовна**  
[kat\\_endo@mail.ru](mailto:kat_endo@mail.ru)

**Кортиева Алена Таймуразовна**, врач-эндоскопист отделения эндоскопии

**Крушельницкий Владимир Станиславович**, врач-эндоскопист отделения эндоскопии, к.м.н.

**Габриэль Сергей Александрович**, главный врач, врач-эндоскопист, д.м.н., профессор

**Дынько Виктор Юрьевич**, заведующий отделением эндоскопии, к.м.н.

**Гучетль Александр Якубович**, руководитель центра эндоскопических методов диагностики и лечения, к.м.н.

**Бабенко Евгений Сергеевич**, врач-хирург отделения хирургии, к.м.н.

### Резюме

\* Иллюстрация к статье – на цветной вклейке в журнал.

В статье представлен клинический случай массивных рецидивирующих кровотечений из ангиоэктазий тощей кишки у пациента 66 лет. В течение 13 месяцев в условиях ГБУЗ ККБ № 2 г. Краснодар пациенту были выполнены: 1 видео-капсульное исследование тонкой кишки, 3 эзофагогастродуоденоскопии, 3 колоноскопии, 3 баллонно-ассистированные энтероскопии. По месту жительства пациенту неоднократно выполнялись гемотранфузии, а также эндоскопические исследования верхних и нижних отделов пищеварительного тракта. В нашем учреждении пациенту выполнялась диагностическая лапароскопия, дважды — резекция участка тощей кишки, несущего сосудистую мальформацию.

**Ключевые слова:** сосудистая мальформация, кровотечение, тощая кишка, баллонно-ассистированная энтероскопия

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.



## A case of massive recurrent small intestinal bleeding\*

A. T. Kortieva<sup>1</sup>, V. S. Krushelnitskiy<sup>1,2</sup>, S. A. Gabriel<sup>1,2</sup>, V. Yu. Dynko<sup>1,2</sup>, A. Ya. Guchetl<sup>1,2</sup>, E. S. Babenko<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> State Budgetary Institution of Health Care "Region Clinic Hospital Nr 2" Health Ministry of Krasnodar Region, st. Red Partisans, 6/2, Krasnodar, 350012, Russia

<sup>2</sup> Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kuban State Medical University" Health Ministry of Russian Federation, st. Mitrofana Sedina, 4, Krasnodar, Krasnodar Territory, 350063, Russia

**For citation:** Kortieva A. T., Krushelnitskiy V. S., Gabriel S. A., Dynko V. Yu., Guchetl A. Ya., Babenko E. S. A case of massive recurrent small intestinal bleeding. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2021;187(3): 214–217. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-187-3-214-217

**Alena T. Kortieva**, Endoscopy department doctor; ORCID: 0000-0001-7431-4887

**Vladimir S. Krushelnitskiy**, Endoscopy department doctor, PhD; ORCID: 0000-0001-7862-8613

**Sergei A. Gabriel**, Chief physician, professor MD; ORCID: 0000-0002-0755-903

**Viktor Yu. Dynko**, Head of endoscopy department, PhD; ORCID: 0000-0001-5594-5739

**Aleksandr Ya. Guchetl**, Head of center for endoscopic diagnostic and treatment methods, PhD; ORCID: 0000-0001-8788-0749

**Evgeny S. Babenko**, Surgeon of the surgery, PhD; ORCID: 0000-0001-5313-9346

✉ *Corresponding author:*

**Alena T. Kortieva**  
kat\_endo@mail.ru

### Summary

The article presents a clinical case of massive recurrent bleeding from angioectasias of the jejunum in a 66-year-old patient. Within 13 months in the conditions of the GBUZ KKB No. 2, Krasnodar, the patient underwent: 1 video capsule examination of the small intestine, 3 esophagogastroduodenoscopy, 3 colonoscopy, 3 balloon-assisted enteroscopy. At the place of residence, the patient repeatedly underwent blood transfusions, as well as endoscopic examinations of the upper and lower parts of the digestive tract. In our facility, the patient underwent diagnostic laparoscopy, and twice-resection of the jejunum area that carries vascular malformation.

\* Illustration to the article is on the colored inset of the Journal.

**Keywords:** vascular malformation, bleeding, jejunum, balloon-assisted enteroscopy

**Conflict of interest.** Authors declare no conflict of interest.

### Введение

Актуальной проблемой современной urgentной хирургии является своевременная диагностика и лечение идиопатических желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК). Данный вид кровотечений в структуре всех ЖКК составляет 10–15%. В связи с несвоевременной диагностикой они характеризуются высоким уровнем летальности [1]. В доступной литературе, в 15% случаев, источник кровотечений локализуется ниже связки Трейтца, в 1%-в тонкой кишке, в ободочной и прямой кишке-в 14% случаев [2]. Внедренная на рубеже столетий в клиническую практику видеокапсульная эндоскопия достигла «показала» нам новую эру в исследовании тонкой кишки. Благодаря этому революционному шагу, се-

годня мы можем обходиться без выполнения хирургической интервенции и лучевого воздействия, ибо можем получить высококачественное эндоскопическое изображение. [3]. На сегодняшний день, во всем мире, наблюдения показывают, что не существует единой тактики ведения пациентов с кровотечениями, хотя гемотрансфузионная терапия и антибиотикотерапия стоят на первом месте. Но при рецидиве ЖКК, приходится применять радикальные меры, а именно-оперативное вмешательство [4].

Клинически сосудистые мальформации могут проявляться железодефицитной анемией либо массивным желудочно-кишечным кровотечением, часто приводящим к летальному исходу.

### Клинический случай

Больной У. 66 лет, впервые поступил в ХО ГБУЗ ККБ№ 2 в октябре 2017 г. переводом из района, где лечился после состоявшегося ЖКК. Из анамнеза: считает себя больным с 2016 года, когда впервые отметил эпизод ЖКК с потерей сознания. В течение 2-х лет страдает массивными носовыми

кровотечениями, по поводу чего неоднократно выполнялись тампонады. Сопутствующие заболевания: перенес 2 микроинсульта (мед. документация не предоставлена), гипертоническая болезнь 2 ст., атеросклероз БЦА. В 1997 году пациенту выполнена геморроидэктомия.

При первичном поступлении в конце октября 2017 года после лечения в ОАР по м/ж: Эр.  $2.8 \times 10^{12}/л$ ; Нб. 87 г/л; Л- $7.7 \times 10^9/л$ . АД 80/60 мм рт.ст., ЧСС 110 уд/мин. Состояние средней степени тяжести. Наблюдаются слабость, головокружение, тошнота. На фоне гемостатической, симптоматической терапии состояние без ухудшения. По данным УЗИ брюшной полости: диффузные изменения печени и поджелудочной железы. При ЭГДС-картина атрофического гастрита, признаки анемии. По данным видеоколоноскопии признаки анемии, патологии слизистой оболочки не выявлено. В условиях ХО ГБУЗ ККБ № 2 в ноябре 2017 г. пациенту выполнено видеокапсульное исследование тонкой кишки, выявлена ангиодисплазия тощей кишки на уровне проксимальной трети тощей кишки без признаков продолжающегося кровотечения. Пациенту выполнена баллонно-ассистированная энтероскопия пероральным доступом с клипированием ангиоэктазии. На 5-е сутки пациент был выписан в удовлетворительном состоянии.

Спустя 3 месяца (февраль 2018 г.) пациент снова попадает в ОАР районной больницы после эпизода массивного желудочно-кишечного кровотечения, откуда переведен в ГБУЗ «ККБ № 2», анализы при поступлении: Эр.  $2.5 \times 10^{12}/л$ ; Нб. 50 г/л; Л- $8.0 \times 10^9/л$ . АД 90/70 мм рт.ст., ЧСС 130 уд/мин. Общее состояние при поступлении тяжелое. Кожные покровы бледные. По данным ЭГДС: катаральный гастрит с утолщенной складкой в антральном отделе желудка, биопсия (результат ПГИ: атрофический гастрит с поверхностным обострением, с реактивной фовеолярной гиперплазией слизистой, с очаговой низкой дисплазией на фоне воспаления). При видеоколоноскопии: катаральный колит. Признаки анемии. Учитывая прогрессирующее снижение лабораторных показателей крови, решено выполнить диагностическую лапароскопию-источник кровотечения не выявлен. Консультирован гематологом. После проведенной гемотрансфузионной и гемостатической терапии, показатели «красной крови» нормализовались, пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Спустя 2.5 мес (в мае 2018 г.) с клинической картиной кишечного кровотечения через 5 часов от начала заболевания пациент поступает в нашу больницу. Заболевание проявилось общей слабостью, головокружением, меленой. Диспепсических явлений не было. Анализы при поступлении: Эр.  $1.9 \times 10^{12}/л$ ; Нб. 75 г/л; Л- $8.0 \times 10^9/л$ . АД 80/60 мм рт.ст., ЧСС 120 уд/мин.

В этот же день выполнена ангиография брыжеечных сосудов, чревного ствола-ангиографических признаков экстравазации контраста не выявлено.

В связи с ухудшением состояния пациента под ЭТН экстренно выполнена лапаротомия, после тщательной ревизии всех органов брюшной полости источник кровотечения не обнаружен. Выполнена энтеротомия с целью проведения энтероскопии в условиях операционной. Через энтеротомическое отверстие эндоскоп заведен в желудок, при осмотре в проксимальном направлении: на стенках желудка гематин, на уровне проксимальной трети тощей кишки выявлены внутрислизистые геморрагии тощей кишки, местами сливающиеся между собой,

которые были расценены как наиболее вероятный источник кровотечения. На момент осмотра подтекания «свежей» крови не отмечается. При осмотре в дистальном направлении: в просвете подвздошной кишки большое количество вязкого содержимого по типу «кофейной гущи», выражено затрудняющего осмотр. Попытки отмыть слизистую оболочку безуспешны. Исследование прекращено. Решено выполнить резекцию участка тонкой кишки с наложением анастомоза «конец в конец». Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Еще через 3 месяца (август 2018 г.) пациент вновь поступает в наше учреждение с жалобами на черный стул, выраженную общую слабость, бледность кожных покровов. Анализы при поступлении: Эр.  $2.2 \times 10^{12}/л$ ; Нб. 65 г/л; Л- $8.5 \times 10^9/л$ . АД 80/60 мм рт.ст., ЧСС 130 уд/мин. При ЭГДС-полная эрозия антрального отдела желудка. Атрофический гастрит. При видеоколоноскопии: катаральный колит. Пациенту проведена гемотрансфузия, лабораторные показатели нормализовались, выписан в удовлетворительном состоянии на 20-е сутки с момента поступления.

Через 14 дней с момента выписки, с жалобами на черный стул и общую слабость, доставлен в районную ЦРБ, учитывая тяжесть состояния и неэффективность проводимой терапии пациент переводится в ККБ № 2 г. Краснодара. Состояние средней степени тяжести. Анализы при поступлении: Эр.  $1.8 \times 10^{12}/л$ ; Нб. 55 г/л; Л- $9.0 \times 10^9/л$ . АД 80/70 мм рт.ст., ЧСС 120 уд/мин. Сознание спутанное, бледность кожных покровов, акроцианоз. При пальцевом ректальном исследовании кал черной окраски. Учитывая низкие лабораторные показатели и тяжелое состояние, пациент переведен в АРО. После проведенной интенсивной терапии показатели «красной» крови продолжают снижаться – Эр.  $1.5 \times 10^{12}/л$ ; Нб. 50 г/л; Л- $7.0 \times 10^9/л$ . АД 60/70 мм рт.ст., ЧСС 130 уд/мин. Учитывая клиническую картину продолжающегося кровотечения, пациент подан в операционную. Выполнена лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости источник кровотечения не выявлен, отмечается спаечный процесс. Интраоперационно выполнена энтероскопия через энтеротомическое отверстие. Осмотр после энтеротомии: при осмотре в дистальном направлении энтероскоп заведен до баугиниевой заслонки. На всем протяжении в кишке стучки крови без примеси «свежей». Произведено отмывание тощей и подвздошной кишки. На уровне 10 см от энтеротомического отверстия выявлен участок внешне не отличающейся слизистой оболочки с активным пульсирующим подтеканием «свежей» крови (рис. 1).

Слизистая оболочка других отделов оперированной тонкой кишки без особенностей. При осмотре в проксимальном направлении: аппарат проведен в тонкую кишку на расстояние до 40 см: на протяжении 15–20 см в кишке стучки крови, далее-желчь обычного цвета. Принято решение о резекции данного участка тонкой кишки с наложением энтероэнтероанастомоза. Послеоперационный период без осложнений, Нб-120 г/л. Состояние пациента удовлетворительное. Выписан на 12 сутки.

## Заключение

Пациенты с сосудистыми мальформациями наблюдаются врачами разных специальностей по поводу хронической анемии. Верификация источника кровотечения сложна и зачастую бывает случайной, при выполнении лапаротомии.

## Литература | References

1. Zemlyanoy V.P., Klimov S.E., Sigua B.V., Kozobin A.A., Kozlovskaya M.G. Rare case of bleeding from acute ulcers of the small intestinal. *Russian Sklifosovsky Journal "Emergency Medical Care"*. 2016;(4):84–86. (In Russ.)  
Земляной В. П., Климов С. Е., Сигуа Б. В., Козобин А. А., Козловская М. Г. Редкий случай кровотечения из острых язв культи тонкой кишки. *Журнал им. Н. В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь»*. 2016;(4):84–86.
2. Kashchenko V.A., Nakatis Y.A., Lodygin A.V. et al. Diagnosis and management of gastrointestinal bleeding from angiodysplastic lesions. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2018, vol. 177, no. 02, pp. 91–92. (In Russ.)  
Кащенко В. А., Накатис Я. А., Лодыгин А. В. и соавт. Кровотечения из очагов ангиодисплазий желудочно-кишечного тракта: диагностика и лечение. *Вестник хирургии*. – 2018. -Т. 177, № 2. – С. 91–92.
3. Kashchenko V. A., Raspereza D. V., Akimov V. P. Videocapsular endoscopy in the diagnosis of gastrointestinal bleeding. *news of surgery*. 2013, No. 01. (In Russ.)  
Кащенко В. А., Распереза Д. В., Акимов В. П. Видеокапсульная эндоскопия в диагностике желудочно-кишечных кровотечений. *Новости хирургии*. –2013. № 1.
4. Ivanova E. V., Tikhomirova E. V., Larichev S. E., et al. Ulcers thin-intestinal anastomosis as the source of bleeding in patients with resection of the small intestine in history. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2018;152(4): 30–36. (In Russ.)  
Иванова Е. В., Тихомирова Е. В., Ларичев С. Е., и др. Язвы тонко-тонкокишечных анастомозов как источник кровотечения у пациентов с резекцией тонкой кишки в анамнезе. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. –2018. № 4. –С.30–36.

## К статье

Массивное рецидивирующее тонкокишечное кровотечение (стр. 214–217)

## To article

A case of massive recurrent small intestinal bleeding (p. 214–217)

### Рисунок 1.

На уровне 10 см от энтеротомического отверстия выявлен участок внешне не отличающейся слизистой оболочки с активным пульсирующим подтеканием свежей крови.

### Figure 1.

At the level of 10 cm from the enterotomic opening, a section of the externally indistinguishable mucosa with active pulsating leakage of “fresh” blood was revealed

