

Редкая причина ректального
кровотечения: венозная
мальформация малого таза у
мальчика 10 лет с язвенным
КОЛИТОМ .

Сытьков В.В., Борисова Е.В., Яблокова Е.А.,
Поддубный И.В., Хавкин А.И., Ерохина М.И.

val-sytkov@yandex.ru

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Мальчик С. 10 лет

Жалобы: кровь в стуле после каждого акта дефекации, периодически боли в нижних отделах живота

Наследственность: по ВЗК не отягощен.

Анамнез заболевания: С 1,5 лет примесь крови в стуле. При обследовании: ФКП 30 мкг/г. При ФКС – тотальный геморрагический колит, умеренной активности. Гистологически: слизистая толстой кишки с признаками хронического воспаления. В возрасте 3,5 лет, впервые обследован в отделении гастроэнтерологии ФГАУ «НЦЗД». Колоноскопия: терминальный лимфофолликулярный илеит, воспалительные изменения в области анального канала. По результатам биопсии - выраженные реактивные изменения MALT, признаков ВЗК не выявлено. Лабораторно: лабораторной воспалительной активности не выявлено. Выставлен диагноз: Язвенный колит, тотальный, умеренной степени активности, обострение. Получал 5-АСК 50мг/кг.

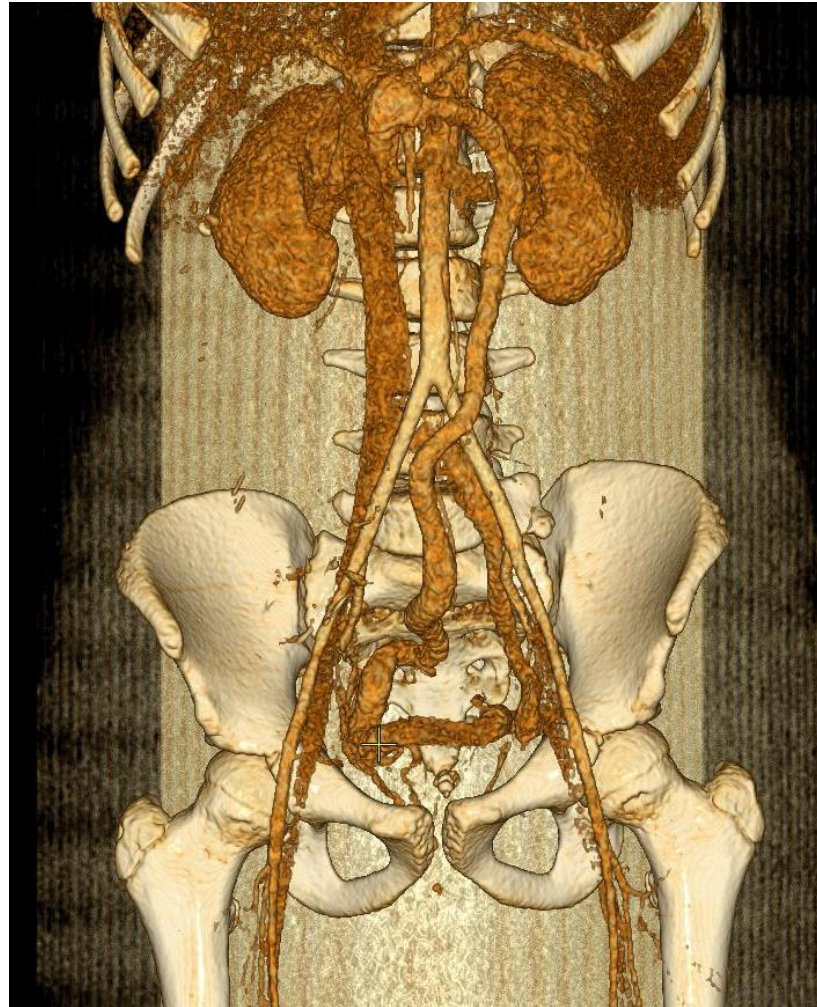
Анамнез заболевания:

На фоне терапии отмечалось ухудшение состояния (в виде увеличения объема крови в стуле), в связи с чем повторно госпитализирован в НЦЗД. Проведена ректоманоскопия - сигмоидит, проктит, сфинктерит. Лабораторной воспалительной активности не выявлено. Констатирована первичная медикаментозная ремиссия. После выписки продолжена терапия Месалазином в течение 6-7 мес, после чего самостоятельно отменили (**2017г.**). На фоне лечения постепенное урежение частоты крови в стуле, с дальнейшим отсутствием симптомов в течение следующего года. **В 2018 г** вновь появление крови в стуле, в терапии месалазином внутрь + ректально. Проведена ФКС – органической патологии не выявлено. Назначена ангиопротективная терапия. **В декабре 2021 г** вновь появление крови в стуле. Контрольное обследование в ФНКЦ Ди П ФМБА. Данных за клостридийную инфекцию не выявлено. ФКП 50 мкг/г. Для уточнения источника кровотечения проведена диагностическая лапароскопия, герниорафия справа. Колоноскопия – сосудистая мальформация слизистой оболочки прямой и слепой кишки. Получал в течение 2 недель будесонид (3мг 2 раза в день) без эффекта.

В июне 2023 г госпитализирован в отделение гастроэнтерологии УДКБ

- **УЗИ ОБП (от 21.06.2023):** Заключение: в области малого таза визуализируется расширенная извитая вена (верхняя прямокишечная вена, нижняя брыжеечная вена?,) диаметром до 13 мм (венозная мальформация?), в подвздошной области ее диаметр до 11 мм, с контралатеральной стороны диаметр вены 5,3 мм.
- **КТ ОБП, забрюшинного пространства и малого таза (от 19.06.23):** КТ-признаки увеличения селезенки (спленомегалии); и подозрительны в отношении наличия сосудистой мальформации в малом тазу, вероятнее всего, сопровождающейся в вышележащих отделах локальными участками избыточности венозной сети (изменения в илеоцекальном углу следует дифференцировать с количественной лимфаденопатией).
- **МР-исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства (от 22.06.23):** МР-картина аномалии развития левой яичковой вены в виде отхождения левой яичковой вены от нижней полой вены, с расширением и извитым ее ходом на уровне малого таза.
- **КТ-ангиография:** аномалия развития внутривентральных сосудов толстой кишки

КТ ОБП, забрюшинного пространства и малого таза с в/в контрастом усилением "Омнипак350" 60мл от 26.06.23: КТ-признаки: -венозного сообщения (мальформации) между нижней брыжеечной и внутренней подвздошной венами с расширением воротной вены на уровне впадения главных ветвей и избыточной венозной сетью в малом тазу, в т.ч. с обогащением стенки прямой кишки; -увеличения селезенки (спленомегалии); -количественной брыжеечной лимфаденопатии без патологического увеличения лимфатических узлов.



Заключение:

Представленный клинический пример демонстрирует пациента с язвенным колитом и сосудистой (венозной) мальформацией.

Оба диагноза проявляются ректальным кровотечением, но имеют различные патогенетически обоснованные методы диагностики и лечения.

Наличие ВЗК (в частности язвенного колита) может приводить к поздней диагностике фонового заболевания - сосудистой мальформации и , как следствие, возникновению грозных осложнений в виде кровотечений.

Применение инструментальных методов исследований (КТ с контрастом) позволяет исключить или выявить сопутствующую сосудистую патологию и начать своевременное лечение.