

Эндоскопическая диагностика неуточненных желудочно-кишечных кровотечений.

Научный руководитель – Кащенко Виктор Анатольевич

Бескровный Евгений Геннадьевич

Аспирант

Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский факультет,
Санкт-Петербург, Россия
E-mail: iolanda1969@mail.ru

Введение, актуальность

У 5-25% пациентов с клинической и/или лабораторной картиной желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) его источник не удается выявить стандартными эндоскопическими методами [1, 2]. В англоязычных странах такие случаи объединяют в группу «obscure gastrointestinal bleeding», что можно интерпретировать как «неуточненное ЖКК» [1, 2].

Материалы и методы

Мы проанализировали результаты комплексного обследования и лечения 137 пациентов, группы неуточненных ЖКК за период 2007 — 2015 г.г. По основному синдрому пациенты были разделены на неуточненные *явные* (54 человека, 39,4%) и *скрытые* (83 человека, 60,6%) кровотечения.

В группе явных желудочно-кишечных кровотечений распределение по полу было следующее: женщины 38,9%, мужчины 61,1%. Средний возраст 56,1 год, медиана 57,5 лет. Давность возникновения симптоматики колебалась от 2 суток до 1,5 месяцев (m 6 суток). Клиническая картина была разнообразна, но малоспецифична относительно диагноза. Анемия имела, в основном, легкую или среднетяжелую степень.

Среди пациентов со скрытым желудочно-кишечным кровотечением поло-возрастная структура была следующей: женщины 48,2%, мужчины 51,8%; средний возраст 50,5 лет, медиана 52 года. Симптоматика также была неспецифична. Основным симптомом являлась длительная гипохромная или нормохромная анемия (чаще средней тяжести, а также заметная доля тяжелой и крайне тяжелой степени) без явной причины и с относительным эффектом на фоне лечения препаратами железа. Давность симптоматики от 1 месяца до 3 лет (m 18,5 месяцев).

Регламент обследования, помимо общеклинических показателей, включал целенаправленные поиски источника ЖКК и обследование пищеварительного тракта (эзофагогастродуоденоскопия, илеоколоноскопия, рентгеноскопия пищевода, желудка и 12-перстной кишки, мультиспиральная компьютерная и магнитно-резонансная томография органов брюшной полости).

Видеокапсульная энтероскопия проводилась комплексом ЕС type I (Olympus, Japan) (рис.1) — всего 127 исследований, время транзита от 4,5 до 7 часов (m 5,9 часов). Баллон-ассистированная энтероскопия выполнялась одnobаллонным энтероскопом SIF-Q180 (Olympus, Japan) (рис.2) — 10 исследований, удалось осмотреть трансорально от 50 до 300 см дистальнее связки Трейца (m 164 см), трансанально от 70 до 150 см проксимальнее баугиниевой заслонки (m 114 см), средняя продолжительность 80 и 94 минуты соответственно. При подготовке и проведении эндоскопии тонкой кишки использовался комбинированный регламент [3, 4]. Еще у 10 пациентов источник кровотечения был выявлен скрининговой «традиционной» эндоскопией без применения новых технологий.

Результаты и обсуждение

В группе скрытых неуточненных кровотечений (n=83) всем выполнялась видеокапсульная энтероскопия. Выявлена следующая патология: болезнь Крона 14 случаев, сосудистые аномалии - 6, неспецифические эрозии и язвы (по-видимому, НПВС-ассоциированные) - 5, полипы и подслизистые образования - 4, дивертикулы - 1, в 58 случаях источник не был найден. На момент исследования эндоскопически признаков кровотечения в просвет кишки не выявлено. По выявленным нозологиям оперативные вмешательства не были предприняты, эндоскопический гемостаз выполнен в 2,4% случаев (ангиодисплазии), в 16,9% выполнена консервативная терапия, в 10,8% динамическое клинико-инструментальное наблюдение без специального лечения, в 69,9% пациенты направлены для дальнейшего обследования к гематологу. Вместе с тем, у 1 пациента (болезнь Крона) имелись показания к хирургическому, а у 2 (полипозный синдром Пейтса-Егерса и подслизистое новообразование) — к эндоскопическому лечению, во всех случаях они отказались от предложенной тактики. Клиническая эффективность видеокапсульной энтероскопии в данной группе составила 30,1%, в 24% полученная с ее помощью информация повлияла на тактику лечения. Оперативная активность (эндоскопические вмешательства) составила 2,4%.

В группе явных неуточненных ЖКК (n=54) выполнено 44 видеокапсульных и в 9 случаях из них впоследствии баллон-ассистированных энтероскопий. Выявлены следующие заболевания: сосудистые аномалии - 25, неспецифические эрозии и язвы (также НПВС-обусловленные) (рис.3) - 7, болезнь Крона - 4, полипы, подслизистые образования и опухоли - 5, дивертикулез - 3, у 6 пациентов источник кровотечения не был найден. Факт геморрагии зафиксирован капсулой в 54,5% случаев (рис.4). Доля различных тактик лечения была следующая: хирургическое лечение 7,4%, эндоскопическая операция 5,6%, эндоскопический гемостаз 40,7%, консервативное лечение 46,3%. Традиционные операции 3 пациентов с опухолями тонкой кишки (лейомиосаркома и аденокарцинома) (рис.5, 6) и 1 пациенту с кровотечением из дивертикула Меккеля. Эндоскопическим операциям подверглись: 1 пациент с подслизистым образованием (лейомиома), 1 пациент с синдромом Пейтса-Егерса, 1 пациент с рубцовой стриктурой терминального отдела подвздошной кишки на фоне болезни Крона. Эндоскопический гемостаз (22 случая) выполнялся у 13 пациентов с ангиодисплазиями (рис.7, 8), 2 - с болезнью Дъелафуа, 2 - с эктопическими вариксами, 2 пациента с НПВС-ассоциированными эрозиями и 2 - с кровотечениями из дивертикулов, 1 пациенту с эпителиальным новообразованием кардиального отдела желудка. Эндоскопические вмешательства выполнялись как «традиционной» эндоскопией, так и с помощью баллонной энтероскопии. У всех послеоперационный период протекал без осложнений. Рецидива кровотечения не было. В группе явных кровотечений клиническая эффективность видеокапсульной энтероскопии составила 86,4%, влияние на тактику лечения 43,2%. Оперативная активность — 53,7%.

Выводы

Видеокапсульная энтероскопия у пациентов с неуточненным ЖКК показала высокую диагностическую ценность: чувствительность 90,0%, специфичность 86,6%, положительная предсказательная способность 85,7%, отрицательная предсказательная способность 90,6%, точность метода 88,2%. Неинвазивность и безопасность методики позволяет рассматривать ее как обязательный «следующий шаг» в уточнении источника кровотечения. На основании полученных данных возможно выполнение диагностической и/или лечебной баллон-ассистированной энтероскопии и окончательное решение вопроса о тактике лечения. При этом лечебная (в том числе хирургическая) тактика при неуточненных ЖКК определяется анализом комплекса эндоскопических и лучевых методов диагностики в рамках мультидисциплинарного подхода.

Источники и литература

- 1) 1. Pennazio M., Spada C. et al. Small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small-bowel disorders: ESGE Clinical Guideline // Endoscopy. - 2015. - Vol.47, № 4. - P. 355.
- 2) 2. Raju G.S., Gerson L. et al. AGA Institute technical review on obscure gastrointestinal bleeding // Gastroenterology. - 2007. - Vol.133, № 5. - P. 1697-1699.
- 3) 3. Melmed G.Y., Lo S.K. Capsule endoscopy: practical application // Clinical gastroenterology and hepatology. - 2005. - Vol.3, № 5. - P. 412.
- 4) 4. Домарев Л.В., Старков Ю.Г. Капсульная эндоскопия в диагностике заболеваний тонкой кишки / Хирургия. Журнал им.Н.И Пирогова. 2006. № 5. С. 63, 65-67.

Иллюстрации



Рис. 1. рис.1



Рис. 2. рис.2



Рис. 3. рис.3



Рис. 4. рис.4



Рис. 5. рис.5

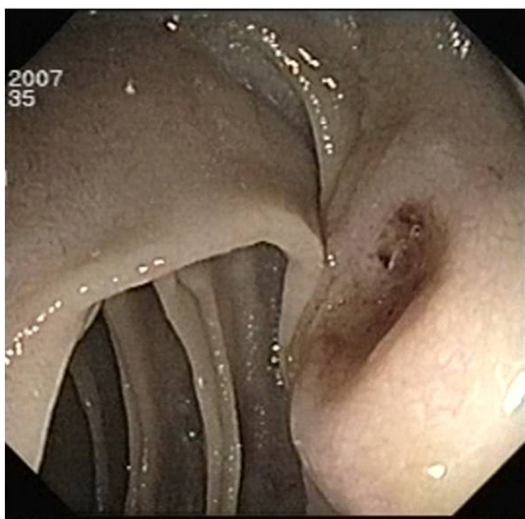


Рис. 6. рис.6



Рис. 7. рис.7



Рис. 8. рис.8