

МЕТОДЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Рубцов В. С., Урядов С. Е., Шапкин Ю. Г.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия (410012, Саратов, ул. Большая Казачья, 112), e-mail:general-surgery@ya.ru

В статье уточнены возможности колоноскопии в диагностике причин и интенсивности толстокишечных кровотечений. При этом эндоскопическая диагностика позволила нам выявить причины толстокишечных кровотечений в 93,1 % случаев. Для локализации источника толстокишечного кровотечения необходимо стремиться к выполнению тотальной колоноскопии, выполнить которую из-за технических сложностей не удастся только в 4,4 % случаях. Дана комплексная оценка эффективности эндоскопических методов гемостаза при продолжающихся толстокишечных кровотечениях, установлено значение этих методов в профилактике рецидивов кровотечений. Сравнивая эндоскопические способы гемостаза, мы пришли к заключению, что именно электрокоагуляция является наиболее эффективным способом остановки продолжающихся толстокишечных кровотечений и профилактики их рецидива. Тем не менее, комплексное применение различных методик гемостаза увеличивает эффективность лечебной эндоскопии и способствует минимизации числа осложнений. Индивидуальный подход к оценке возможности рецидива толстокишечного кровотечения и выбору эндоскопических способов его остановки позволяет увеличить эффективность гемостатических мероприятий и способствует минимизации числа осложнений.

Ключевые слова: толстокишечные кровотечения, эндоскопический гемостаз, фиброколоноскопия.

METHODS OF ENDOSCOPIC HEMOSTASIS IN SURGICAL DISEASES OF COLON

Rubtsov V. S., Urjadov S. E., Shapkin Yu. G.

Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov, Russia (410012, Saratov, street B.Kazachya, 112), e-mail:general-surgery@ya.ru

The paper clarified the possibility of colonoscopy in the diagnosis of the causes and intensity of colonic bleeding. At the same endoscopic diagnosis enabled us to identify the causes of colonic bleeding in 93.1% of cases. To localize the source of colonic bleeding should strive to perform total colonoscopy to perform due to technical difficulties which can not be only 4.4% of cases. The complex evaluation of the effectiveness of endoscopic hemostasis in bleeding colonic ongoing, established the importance of these methods in the prevention of recurrence of bleeding. Comparing methods of endoscopic hemostasis, we concluded that electrocoagulation is the most effective way to stop the ongoing colonic bleeding and prevent their recurrence. However, the combined use of different methods of hemostasis increases the effectiveness of therapeutic endoscopy and helps minimize the number of complications. Individual approach to assessing the potential for recurrence of colonic bleeding and endoscopic methods of choice to stop it allows to increase the effectiveness of hemostatic interventions and promotes the minimization of the number of complications.

Key words: colonic bleedings, endoscopic hemostasis, fibrocolonoscopy.

Введение

Колоноскопия считается обязательным методом комплексного эндоскопического исследования и проводится после гастродуоденоскопии за исключением случаев, когда источник кровотечения расположен в верхних отделах желудочно-кишечного тракта. К наиболее типичным причинам толстокишечных кровотечений относятся злокачественные новообразования, дивертикулит и ишемический колит [1, 2, 6].

По мнению большинства авторов, первичным видом эндоскопического обследования колоноскопия должна быть: а) при наличии анамнестических указаний на локализацию источника кровотечения в ободочной кишке, б) в раннем периоде после операций на ободочной кишке; в) при подозрении на наличие злокачественного новообразования ободочной кишки [4]. Согласно обобщенным данным современная диагностическая точность колоноскопии при кровотечении из нижних отделов желудочно-кишечного тракта составляет 72–86 % [3, 5, 6].

Цель исследования

Уточнить возможности фиброколоноскопии в выявлении причин и интенсивности толстокишечных кровотечений, оценить эффективность эндоскопических методов гемостаза и их значение в профилактике рецидивов толстокишечных кровотечений.

Материалы и методы

Нами был проведен анализ результатов эндоскопического гемостаза у 125 больных с толстокишечными кровотечениями различной этиологии. Эндоскопическая диагностика позволила нам выявить причины толстокишечных кровотечений в 93,1 % случаев. При этом в экстренном порядке был локализован источник кровотечения, определено, является ли оно состоявшимся или нет, а также установлена его интенсивность.

Для характеристики толстокишечных кровотечений во время эндоскопии использована модифицированная классификация Forrest, отражающая состояние источника кровотечения на момент осмотра. Продолжающееся кровотечение было выявлено в 6 случаях (4,8 %), из которых ни одно кровотечение не было массивным. Кровотечение было расценено как умеренное в 73 случаях (58,4 %). Состоявшимся кровотечение было признано в 27 (21,6 %) случаях, из них источник кровотечения был покрыт сгустком крови у 16 (12,8 %) больных.

Правильная подготовка к срочной фиброколоноскопии очень важна, так как от ее качества зависит полноценность осмотра и возможность лечебных манипуляций. Поэтому перед срочной колоноскопией мы стремились удалить все кровяные сгустки и остатки кала при помощи очистительных и сифонных клизм. Остатки жидкости, наложения крови на стенках кишки мы удаляли уже во время колоноскопии при помощи активного промывания струей с последующей аспирацией содержимого.

В большинстве случаев были выявлены следующие особенности толстокишечных кровотечений: ретроградный заброс крови в вышележащие отделы за счет антиперистальтических маятникообразных сокращений, длительная эвакуация из толстой кишки с сохранением следов крови более суток, преобладание кровотечений малой и средней степени тяжести. Склонность к рецидивам у пациентов, имевших до поступления в

стационар несколько эпизодов кровотечения, была выявлена в 44,0 % случаев.

Результаты исследования и их обсуждение

Эндоскопические способы гемостаза мы применяли в 55 случаях продолжающегося и состоявшегося кровотечения. Наиболее эффективный метод гемостаза – электрокоагуляция электродом с каналом для подачи жидкости для предотвращения его приваривания. Орошение капрофером и инъекционные методики гемостаза при продолжающемся кровотечении применялись нами в качестве предварительного этапа. Клинически значимые рецидивы кровотечения были отмечены в 8 (5,5 %) случаях в сроки от 6 до 14 суток, их причиной явился дальнейший распад опухоли.

У 42 (33,6 %) больных причиной кровотечения послужил рак толстой кишки. У всех больных со злокачественными неэпителиальными опухолями (3,2 %) кровотечение возникло в терминальной стадии распространенного опухолевого процесса. Источником кровотечения послужили варикозное расширение сосудов на опухоли и изъязвления на ее поверхности. В связи с утолщением стенки кишки при злокачественных неэпителиальных опухолях с экстраорганным и эндофитным ростом, выполнение гемостатической электрокоагуляции, на наш взгляд, является наилучшим способом остановки кровотечения. Рецидивов кровотечения в этих случаях мы не наблюдали (рис. 1).

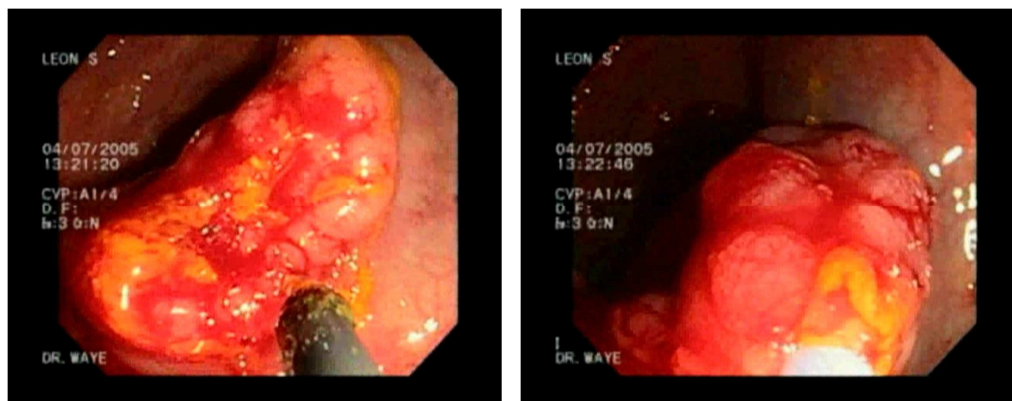


Рис. 1. Кровотечение из экзофитной злокачественной опухоли сигмовидной кишки

Доброкачественные неэпителиальные опухоли (1,6 %) имели подслизистое расположение, ровный контур, а покрывающая их слизистая оболочка не была изменена. Показанием к хирургической операции в таких случаях являются только массивные изъязвления поверхности, когда риск рецидива кровотечения весьма высок. В остальных случаях возможен и эффективен гемостаз электрокоагуляцией.

Второй по частоте причиной толстокишечных кровотечений в наших наблюдениях явился дивертикулез толстой кишки, который был выявлен в 21 (16,8 %) случае. К

кровотечению, как правило, приводила аррозия сосуда, расположенного рядом с шейкой дивертикула (рис. 2).

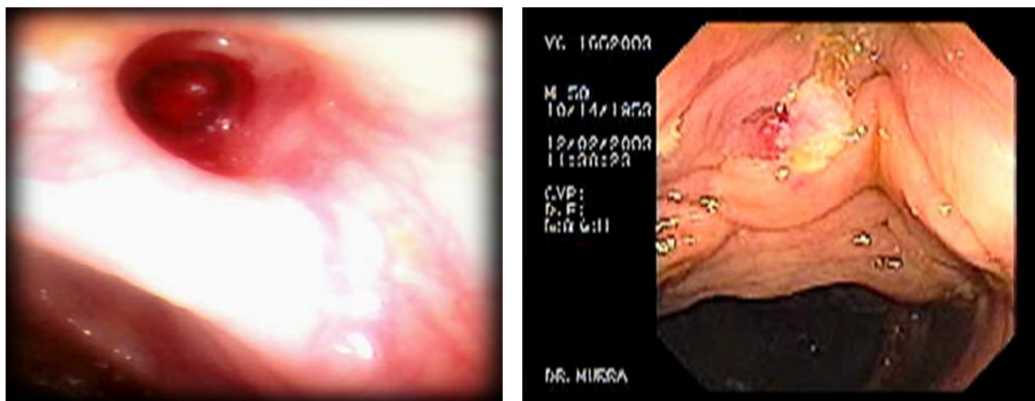


Рис. 2. Кровотечение из дивертикулов толстой кишки

Среди предрасполагающих к кровотечению факторов следует отметить каловые пробки и воспалительные изменения вокруг устья дивертикула, они встречались в 90,5 % и 76,2 %, соответственно. Такие кровотечения отличались склонностью к рецидивированию. Поскольку дивертикулы часто располагались в нескольких сегментах толстой кишки, и источников кровотечения могло быть несколько, мы выполняли особенно тщательный осмотр всей толстой кишки.

Для дивертикулеза были характерны кровотечения 2 и 3 степени тяжести (соответственно в 52,4 % и 28,6 % случаев). Признаками, указывающими на недавнее кровотечение, являлись наличие сосуда, прикрытого рыхлым сгустком, а также выступающий над поверхностью тромбированный сосуд, расположенный в непосредственной близости от шейки дивертикула.

Сосудистые эктазии и сосудистые опухоли толстой кишки были выявлены в 7,2 % и 4,0 % наблюдений, соответственно. Эндоскопическое выявление сосудистых образований достаточно сложно по причине их небольшого размера (до 10 мм). Сосудистые эктазии были, как правило, множественными, гемангиомы во всех случаях были единичными. Для этой группы больных рецидивирующие кровотечения были наиболее характерны и наблюдались почти в половине случаев. Тяжелые кровотечения (3-ей степени) наблюдались в 3 случаях, кровотечения средней степени тяжести (2-й степени) – в 7 случаях.

Нами применялась электродеструкция сосудистых образований игольчатым электродом, которая позволяет эффективно произвести деструкцию подслизистого сосудистого образования, при этом зона повреждения слизистой оболочки является незначительной, а возможность перфорации – минимальной.

Основными причинами кровотечения из полипов (8,8 %) были эрозии головки полипа и

отрыв головки полипа от ножки, при этом в 2 случаях было выявлено массивное кровотечение. В 5 из 11 случаев кровотечение носило рецидивирующий характер. У всех больных этой группы мы произвели эндоскопическую полипэктомию, которая явилась окончательным методом гемостаза во всех наблюдениях.

При неспецифическом язвенном колите (5,6 %), болезни Крона толстой кишки (14,4 %), ишемическом колите (4,8 %) кровотечения развивались при выраженных изменениях стенки толстой кишки. В этой группе преобладали кровотечения легкой степени, но тяжесть состояния больных была обусловлена длительно существующим тяжелым заболеванием. В зоне кровотечения при язвенном колите, как правило, определялись обширные зоны воспаленной, эрозированной и изъязвленной слизистой оболочки.

При болезни Крона чаще всего встречались продольные и поперечные язвы и трещины, а также зоны псевдополипоза, причем для этого заболевания было характерно сегментарное поражение толстой кишки (рис. 3).

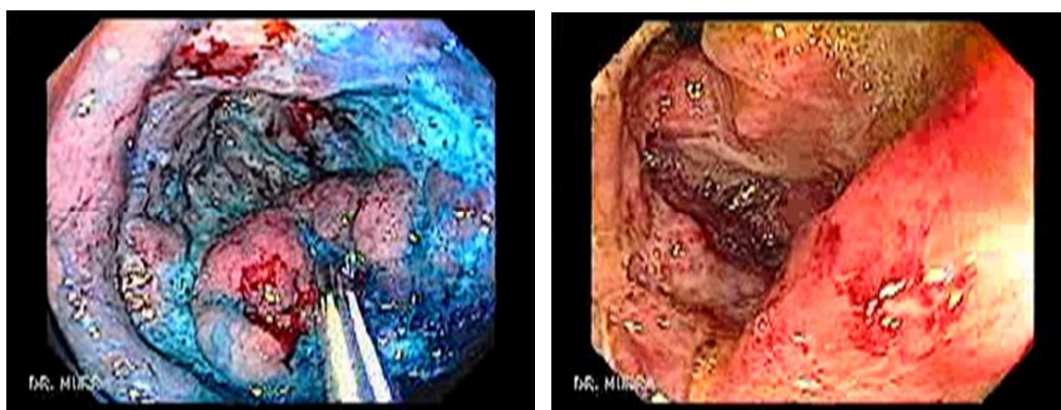


Рис. 3. Изменения слизистой оболочки толстой кишки при болезни Крона, вызвавшие рецидивирующее кровотечение

Кровотечения у больных с ишемическим колитом возникали на фоне обширных сливающихся изъязвлений, нередко покрытых кровоточащей молодой грануляционной тканью. Зоны изъязвлений в большинстве случаев были окружены застойной и цианотичной слизистой, а в зонах эпителизации формировались протяженные рубцовые изменения.

В наших наблюдениях в 7 случаях из 13 кровотечению из острых язв толстой кишки предшествовало кровотечение из острых язв желудка, что значительно осложняло диагностику. Во всех случаях тяжесть состояния больных была обусловлена основным заболеванием или его осложнениями и многократными кровотечениями. Для острых язв толстой кишки характерны: множественность, образование новых изъязвлений, рецидивирующие кровотечения. Типичная эндоскопическая картина язвы толстой кишки

выглядела следующим образом: дефект слизистой оболочки неправильной формы размерами от 4–5 до 40 мм, с дном, покрытым некротическим налетом или тромботическими массами.

Во всех случаях при неспецифических язвах толстой кишки (6,4 %) кровотечение было легким. У двух больных мы наблюдали длительно существующие язвы, окруженные утолщенными конвергированными складками слизистой, с глубокой пенетрацией в мышечный слой. Размер большинства язвенных дефектов правильной формы с небольшим ободком гиперемии вокруг составлял от 8 до 10 мм, при этом окружающая слизистая была практически не изменена. Неспецифические язвы плохо заживали на фоне терапии, направленной на улучшение трофики тканей, эпителизация происходила длительно, в течение 3–4 месяцев. У всех больных нами была исключена специфическая природа язвообразования (туберкулезное, сифилитическое поражение толстой кишки, амёбный колит).

Выводы

Таким образом, эндоскопическая диагностика позволяет выявить причины толстокишечного кровотечения, локализовать его источник и оценить интенсивность в 93,1 % случаев. Наиболее эффективным способом остановки продолжающихся толстокишечных кровотечений и профилактики их рецидива является электрокоагуляция. При этом комплексное применение различных методик гемостаза увеличивает эффективность лечебной эндоскопии и способствует минимизации числа осложнений. Для локализации источника толстокишечного кровотечения необходимо стремиться к выполнению тотальной колоноскопии.

Список литературы

1. Воробьев Г. И., Халиф И. Л., Малахова Н. С. Клинико–морфологическая характеристика сегментарного поражения при язвенном колите // Клиническая медицина. – 2007. – Т. 85. – № 1. – С. 44–47.
2. Овчинников А. А. Кровотечения из нижних отделов желудочно–кишечного тракта // Медицинская помощь. – 2003. – № 5. – С. 13–17.
3. Barnard J. Screening and surveillance recommendations for gastrointestinal polyposis syndromes // J PediatrGastroenterolNutr. – 2009. – V. 48. – Suppl 2. – P. 75–8.
4. Gonvers J.J., Harris J.K., Wietlisbach V., Burnand B., Vader J.P., Froehlich F.; A European view of diagnostic yield and appropriateness of colonoscopy // Hepatogastroenterology. – 2007. – V. 54. – № 75. – P. 729–35.
5. Shoaib A., Hamade A., Zia A., Basnyat P.S., Taffinder N. Why wait for a colonoscopy?

Aneasy cure // Colorectal Dis. 2006. – V. 8. – № 6. – P. 480–3.

6. Romano G., Cocchiara G., Maniaci S., Buscemi G., Calderone F., Gioè F.P., Romano M. The role of colonoscopy in patient follow-up after surgery for colorectal cancer. A retrospective study and review of the literature // G Chir. – 2007. – V. 28. – № 10. – P. 399–402.

Рецензенты:

Чалык Ю. В., д.м.н., профессор кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздравсоцразвития России, Саратов.

Темников А. И., д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии и онкологии ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздравсоцразвития России, Саратов.