

**Возможности видеокапсульной энтероскопии в диагностике неуточненных
желудочно-кишечных кровотечений**

Бескровный Евгений Геннадьевич

Аспирант

Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский факультет,
Санкт-Петербург, Россия

E-mail: iolanda1969@mail.ru

Актуальность.

В настоящее время все большую актуальность приобретает проблема желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК), источник которых не удается выявить «стандартными» эндоскопическими методами — фиброэзофагогастродуоденоскопией (ФГДС) и фиброколоноскопией (ФКС). По данным из различных публикаций, доля таких пациентов составляет от 5 до 25-30% среди всех ЖКК [1, 2, 3, 4, 5]. В США встречаемость достигает 20,5-27 случаев [6], а в европейских странах — от 9 [6] до 21 [7] человек на 100 тысяч населения в год. В англоязычной литературе для данной группы пациентов применяется термин «obscure gastrointestinal (GI) bleeding» [2, 5, 8, 9, 10], что, по нашему мнению, можно интерпретировать как неуточненное желудочно-кишечное кровотечение [1, 3]. Среди них, в свою очередь, выделяют

1) «overt GI-bleeding», т.е. явные неуточненные ЖКК, проявляющиеся соответствующей клинической картиной (haematemesis, haematochezia, melena).

2) «occult GI-bleeding» или скрытые неуточненные ЖКК, выявляющиеся только лабораторными методами (положительные тесты на скрытую кровь в кале и/или анемия без другой явной причины).

Источник ЖКК у данных пациентов, в подавляющем большинстве случаев, локализуется в тонкой кишке [1, 2, 3, 5, 6, 8, 10], которая долгое время оставалась «terra incognita» как для врачей терапевтического направления, так и для хирургов. Появление и постепенное распространение в последние 10-15 лет новых эндоскопических методов — видеокапсульной и баллон-ассистированной энтероскопии — позволило значительно повысить прижизненную и дооперационную диагностику заболеваний тонкой кишки, в т.ч. осложняющихся кровотечениями [1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10].

Материалы и методы.

Проанализированы результаты видеокапсульной энтероскопии (ВКЭ), выполненный в 2007 — 2014 г.г. в Клинической больнице № 122 у пациентов с синдромом неуточненного ЖКК. Предварительно всем были выполнены ФГДС и ФКС (как в данном стационаре, так и на догоспитальном этапе) с отрицательным или неспецифическим результатом в отношении источника кровотечения. Среди них выбрано 26 пациентов с установленными диагнозами. Мужчин 17 и 9 женщин. Возраст составил от 21 до 79 лет (средний 58,2 года, медиана $59,5 \pm 0,5$ лет). В стационарных условиях выполнено 14 исследований, амбулаторно — 11. По экстренным показаниям 10 исследований, плановых — 16. Среди пациентов 9 — с клиническими признаками ЖКК (т.е. относились к «явным» неуточненным ЖКК), у 15 имелась хроническая анемия с умеренным эффектом на фоне терапии препаратами железа («скрытые» неуточненные ЖКК).

Исследование проводилось с помощью эндокапсулы EC type I («Olympus», Япония). Технические характеристики: размеры 26×11мм, масса 3,7грамм, частота съемки 2кадр/сек — до 8часов.

Все проходили стандартизованную подготовку к исследованию: предварительная бесшлаковая диета в течение 2-3 дней, пероральный лаваж кишечника раствором полиэтиленгликоля (3-4 литра) накануне, голод за 12 часов до процедуры. За полчаса до приема капсулы Эспумизан 50 мл внутрь + премедикация прокинетиками (метоклопрамид). Через 2 часа после начала исследования разрешался прием прозрачных неокрашенных жидкостей, через 4 часа - «легкая» пища.

Оценка полученных эндоскопических изображений проводилась на следующий день.

Результаты.

У всех пациентов выполнено полное исследование тонкой кишки, у некоторых оказалась возможна оценка в т.ч. изображений желудка и начальных отделов толстой кишки. Дефектов вследствие некачественной подготовки не было. Продолжительность пассажа по тонкой кишке — от 4 до 7,5 часов (в среднем 5,9 часов). Осложнений не зарегистрировано. Капсула покинула ЖКТ естественным путем во всех случаях.

Были выявлены следующие заболевания тонкой кишки, служащие источником ЖКК: ангиодисплазии — 12 (в т.ч. у 1 флебэктазии тонкой кишки по типу эктопических варикозов), болезнь Крона — 1, язвы и афты — 1, эрозивное поражение — 2 (в т.ч. 1 случай геморрагического энтерита), очаговые геморрагии — 1, подслизистое новообразование — 1, злокачественная опухоль — 2.

В случае эрозивно-язвенного поражения тонкой кишки оно носило неспецифический (по всей видимости, НПВС-ассоциированный) характер, консервативная терапия имела положительный эффект. Двум пациентам с ангиодисплазиями дистальных отделов подвздошной кишки выполнен эндоскопический гемостаз (клипирование и склеротерапия) посредством фиброколоноскопии. Пациент с выявленным подслизистым образованием от предложенного оперативного лечения отказался. У одного из пациентов с онкологическим заболеванием тощей кишки (аденокарцинома) диагноз был установлен, основываясь на четких данных эндоскопической картинке, у второго (лейомиосаркома) заподозрен по косвенным (также эндоскопическим) признакам; обоим выполнено успешное оперативное вмешательство — резекция тонкой кишки, заболевания окончательно верифицированы соответственно интраоперационно и на основании гистологического исследования. У двух пациентов причина кровотечения локализовалась в антральном отделе желудка (острые геморрагические эрозии и эпителиальное новообразование). В 4 случаях источник кровотечения обнаружить не удалось. Кроме того, у 4 человек была выявлена сочетанная патология (ангиодисплазии и эрозивно-язвенное поражение тонкой кишки). В 14 случаях факт продолжающегося кровотечения (неинтенсивного характера) зафиксирован при анализе эндоскопических изображений.

Выводы.

Полученные результаты внушают оптимизм в вопросе дифференциальной диагностики у пациентов с неуточненными ЖКК. Представляется, что ВКЭ должна выступать третьим шагом в поисках источника кровотечения у данной группы для выработки тактики лечения.

Источники и литература

- 1) 1. Домарев Л.В., Старков Ю.Г. Капсульная эндоскопия в диагностике заболеваний тонкой кишки / Хирургия. Журнал им.Н.И Пирогова. 2006. № 5.
- 2) 2. Leighton J.A., Goldstein J. [et al.] Obscure gastrointestinal bleeding / Gastrointestinal Endoscopy. 2003. Vol.58, № 5.

- 3) 3. Кащенко В.А., Распереза Д.В., Акимов В.П. Видеокапсульная эндоскопия в диагностике желудочно-кишечных кровотечений / Новости хирургии. 2013. Т.21, № 1.
- 4) 4. Ульянов Д.В., Канарейцева, Т.Д., Ким Д.О. Артериовенозные мальформации желудка как причина рецидивирующих желудочно-кишечных кровотечений / Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010. № 11.
- 5) 5. Bull-Henry K., Al-Kawas F.H. Evaluation of occult gastrointestinal bleeding / American Family Physician. 2013. Vol.87, № 6.
- 6) 6. Barnert J., Messmann H. Diagnosis and management of lower gastrointestinal bleeding / Nature Reviews: Gastroenterology & Hepatology. 2009. Vol.6.
- 7) 7. Воробей А.В., Климович В.В. [соавт.] Неязвенные гастроинтестинальные кровотечения. Часть I / Хирургия. Журнал им.Н.И Пирогова. 2009. № 10.
- 8) 8. Raju G.S., Gerson L. [et al.] American Gastroenterological Association Institute technical review on obscure gastrointestinal bleeding / Gastroenterology. 2007. Vol.133, № 5.
- 9) 9. Fisher L., Krinsky M.L. [et al.] The role of endoscopy in the management of obscure GI bleeding / Gastrointestinal Endoscopy. 2010. Vol.72, № 3.
- 10) 10. Pennazio M., Spada C. [et al.] Small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small-bowel disorders: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline / Endoscopy. 2015. Vol.47, № 4.

Слова благодарности

Научному руководителю - заведующему кафедры факультетской хирургии медицинского факультета СПбГУ Виктору Анатольевичу Кащенко, а также врача-эндоскопистам Клинической больницы № 122 за неоценимую помощь в подборе фактического материала и его анализе.