



У. І. Гречана

КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня»

ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ТОНКОКИШКОВИХ КРОВОТЕЧАХ

Мета роботи — вивчити роль капсульної ендоскопії у визначенні лікувальної тактики при тонкокишкових кровотечах.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати діагностики та лікування 194 пацієнтів з тонкокишковими кровотечами, які перебували на лікуванні в хірургічному та проктологічному стаціонарах КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня». До основної групи залучено 98 хворих, яким у період з травня 2013 р. до грудня 2015 р. проводили діагностику та лікування за розробленим нами діагностично-лікувальним алгоритмом, до групи порівняння — 96 хворих, котрим у період з квітня 2000 р. до грудня 2015 р. проводили діагностику та лікування за традиційною схемою.

Результати та обговорення. При використанні капсульної ендоскопії вдалося виявити джерело тонкокишкової кровотечі у 92,8 % хворих. Переважали кровотечі ерозивного генезу, які зупиняють консервативно (інфузійна терапія з урахуванням дефіциту об'єму циркулюючої крові, препарати 5-аміносаліцилової кислоти, інгібітори фібринолізу та аналоги вазопресину і соматостатину). При виразкових кровотечах ці заходи також були ефективними. При судинних змінах оптимальною тактикою було ургентне ендоскопічне втручання. При новоутвореннях хворі потребували планового оперативного лікування (ендоскопічних та відкритих резекцій) після дообстеження та доопераційної підготовки (інфузійно-трансфузійна терапія, корекція супутньої патології). В основній групі не застосовували діагностичні лапаротомії, тоді як у групі порівняння їх виконали у 45,8 % випадків. Це свідчить про високу ефективність капсульної ендоскопії у діагностиці джерела тонкокишкової кровотечі та визначенні лікувальної тактики.

Висновки. Застосування розробленого діагностичного алгоритму з використанням капсульної ендоскопії та двобалонної ентероскопії дало змогу виявити джерело тонкокишкової кровотечі у 92,8 % хворих та визначити лікувальну тактику. При тонкокишковій кровотечі, яка триває, з виявленим її джерелом лікувальна тактика полягає у виконанні ургентної ендоскопічної або відкритої операції, а при тонкокишковій кровотечі, котра припинилася, — у дообстеженні та плановому хірургічному лікуванні.

■

Ключові слова: тонкокишкова кровотеча, капсульна ендоскопія, двобалонна ентероскопія.

На частку тонкокишкових кровотеч припадає до 5 % усіх шлунково-кишкових кровотеч [3]. Методи діагностики (пасаж барію та ентероклізис, мезентеріальна ангиографія) загалом не забезпечують адекватного виявлення джерела тонкокишкової кровотечі. Інтраопераційна ентероскопія супроводжується великою кількістю ускладнень та ятрогенних хибнопозитивних результатів, летальність досягає 17 % [2]. Застосування нових методів діагностики — капсульної ендоскопії та двобалонної ентероскопії дає змогу деякою мірою поліпшити результати діагностики у хворих з тонкокишковими кровотечами.

Мета роботи — вивчити роль капсульної ендоскопії у визначенні лікувальної тактики при тонкокишкових кровотечах.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проаналізовано результати діагностики та лікування 194 пацієнтів з тонкокишковими кровотечами, які перебували на лікуванні в хірургічному та проктологічному стаціонарах КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня». Середній вік хворих — $(45,3 \pm 1,3)$ року. Чоловіків було 126 (65 %), жінок — 68 (35 %).

До основної групи залучено 98 хворих, яким у період з травня 2013 р. до грудня 2015 р. проводи-

ли діагностику та лікування за розробленим нами діагностично-лікувальним алгоритмом з використанням капсульної ендоскопії та двобалонної ендоскопії [1], до групи порівняння — 96 хворих, котрим у період з квітня 2000 р. до грудня 2015 р. проводили діагностику та лікування за традиційною схемою, яка передбачала езофагогастроуденоскопію, відеокOLONоскопію, контрастну рентгенографію тонкої кишки, гемостатичну та інфузійну терапію.

За клінічною картиною хворих розділили на три підгрупи.

В основній групі до I підгрупи залучено 22 (22,45 %) пацієнтів з клінічними ознаками кровотечі, яка триває (мелена, кривава блювота), до II — 29 (29,59 %) пацієнтів із зупиненою кровотечею, до III — 47 (47,96 %) пацієнтів з рецидивною кровотечею та хронічною анемією невідомого генезу (за даними попередніх інструментальних обстежень), у групі порівняння — відповідно 47 (48,9 %), 26 (27,1 %) і 23 (23,9 %) пацієнти.

РЕЗУЛЬТАТИ

В основній групі за допомогою капсульної ендоскопії джерело кровотечі виявлено у 91 (92,8 %) пацієнта, зокрема у 33 (33,67 %) — ерозії тонкої кишки, у 24 (24,49 %) — виразки, у 24 (24,49 %) — судинну патологію (ангієктазії (12 (12,24 %)), флєбектазії (6 (6,12 %)), лімфангієктазії (2 (2,04 %)), варикозне розширення вен тонкої кишки 3 (3,06 %), артеріовенозні мальформації тощо), у 10 (10,2 %) — новоутворення тонкої кишки (пух-

лини (6 (6,12 %)), поліпи (3 (3,06 %)), метастази раку яєчників (1 (1,02 %)). У 7 (7,14 %) випадках джерело кровотечі не вдалося встановити.

При кровотечі, яка тривала, у 3 (3,1 %) хворих виконано аргоноплазмову коагуляцію з приводу ангіодисплазії тонкої кишки (табл. 1). При зупиненій кровотечі у 3 (10,34 %) випадках проведено планові хірургічні втручання (ендоскопічну резекцію новоутворень, аргоноплазмову коагуляцію). При рецидивній кровотечі у 2 (4,26 %) хворих виконано планову лапаротомію та резекцію кишки. Консервативну терапію при ерозивно-виразкових ураженнях застосовано у 84 (85,7 %) хворих.

Т а б л и ц я 2
Структура виконаних оперативних втручань
в групі порівняння

Підгрупа	Операція	Кількість	
I	Планова	Лапаротомія, резекція кишки	7
		Діагностична лапароскопія	10
	Ургентна	Лапаротомія, резекція кишки	5
		Діагностична лапаротомія	7
		Лапаротомія, трансліюмінація, прошивання судин	2
		Лапаротомія, ентеротомія, прошивання судин	1
II	Планова	Лапаротомія, резекція кишки	2
		Діагностична лапароскопія	3
	Ургентна	Лапаротомія, резекція дивертикула	2
		Діагностична лапаротомія	3
III	Планова	Лапаротомія, ентеротомія, прошивання судин	2
	Планова	Лапаротомія, резекція кишки	4
III	Ургентна	Діагностична лапароскопія	2
		Лапаротомія, резекція кишки	3
Разом	Планова	13	53
	Ургентна	40	

Т а б л и ц я 1
Структура виконаних оперативних втручань
в основній групі

Підгрупа	Операція	Кількість	
I	Планова	Ендоскопічна поліпектомія	2
		Ендоскопічна туморектомія	2
	Ургентна	Ендоскопічна аргоноплазмова коагуляція	3
II	Планова	Ендоскопічна поліпектомія	1
		Лапаротомія, резекція кишки	2
	Ургентна	Ендоскопічна аргоноплазмова коагуляція	2
III	Планова	Лапаротомія, резекція кишки	2
		Ургентна	Лапаротомія, резекція кишки
Разом	Планова	9	14
	Ургентна	5	

У групі порівняння при використанні традиційного алгоритму виявлено джерело кровотечі у 38 (39,5 %) хворих, зокрема у 15 (15,6 %) — ерозії тонкої кишки, у 4 (4,2 %) — виразки, у 10 (10,4 %) — судинні зміни, у 7 (7,3 %) — новоутворення.

При кровотечі, яка тривала, у 32 (33,3 %) хворих виконано невідкладні хірургічні втручання (лапаротомія, прошивання кровотокових судин), при зупиненій кровотечі у 12 (12,5 %) хворих — діагностичну лапаротомію та лапароскопію, прошивання кровотокових судин, при рецидивній кровотечі у 7 (7,3 %) хворих — резекцію тонкої кишки з приводу пухлин (табл. 2). Усього виконано 44 (45,8 %) діагностичні лапаротомії. Консервативну терапію застосовано у 43 (44,9 %) хворих.

ОБГОВОРЕННЯ

При використанні капсульної ендоскопії вдалося виявити джерело тонкокишкової кровотечі у 92,8 % хворих. Переважали кровотечі ерозивного генезу, які зупиняли консервативно (інфузійна терапія з урахуванням дефіциту об'єму циркулюючої крові, препарати 5-аміносалицилової кислоти, інгібітори фібринолізу та аналоги вазопресину і соматостатину). При виразкових кровотечах ці заходи

Конфлікту інтересів немає.

також були ефективними. При судинних змінах оптимальною тактикою було ургентне ендоскопічне втручання. При новоутвореннях хворі потребували планового оперативного лікування (ендоскопічних та відкритих резекцій) після дообстеження та доопераційної підготовки (інфузійно-трансфузійна терапія, корекція супутньої патології).

В основній групі не застосовували діагностичні лапаротомії, тоді як у групі порівняння їх виконали у 45,8 % випадків. Це свідчить про високу ефективність капсульної ендоскопії у діагностиці джерела тонкокишкової кровотечі та визначенні лікувальної тактики.

ВИСНОВКИ

Застосування розробленого діагностичного алгоритму з використанням капсульної ендоскопії та двобалонної ентероскопії дало змогу виявити джерело тонкокишкової кровотечі у 92,8 % хворих та визначити лікувальну тактику. При тонкокишкової кровотечі, яка триває, з виявленням її джерелом лікувальна тактика полягає у виконанні ургентної ендоскопічної або відкритої операції, а при тонкокишкової кровотечі, котра припинилася, — у дообстеженні та плановому хірургічному лікуванні.

Література

1. Пат. № 109155 Україна, МПК А61В 1/00, А61В 17/100. Спосіб діагностики та лікування тонкокишкових кровотеч / Фелештинський Я. П., Гречана У. І., Пироговський В. Ю.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. — № 201602464; заявл. 14.03.16.; опубл. 10.08.16., Бюл. № 15.
2. Pennazio M., Santucci R., Rondonotti E. et al. Outcome of patients with obscure gastrointestinal bleeding after capsule endoscopy: report of 100 consecutive cases // *Gastroenterol.* — 2004. — Vol. 126. — P. 643—653. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2003.11.057>
3. Rondonotti E., Villa F., Mulder C.J. et al. Small bowel capsule endoscopy in 2007: indications, risks and limitations // *World J. Gastroenterol.* — 2007. — Vol. 13. — P. 6140—6149. <https://dx.doi.org/10.3748%2Fwjg.v13.i46.6140>

У. І. Гречана

КУ КОС «Киевская областная клиническая больница»

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТОНКОКИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Цель работы — изучить роль капсульной эндоскопии в определении лечебной тактики при тонкокишечных кровотечениях.

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 194 пациентов с тонкокишечными кровотечениями, которые находились на лечении в хирургическом и проктологическом стационарах КЗ КОС «Киевская областная клиническая больница». Основную группу составили 98 больных, которым в период с мая 2013 г. по декабрь 2015 г. проводили диагностику и лечение по разработанному нами лечебно-диагностическому алгоритму, группу сравнения — 96 больных, которым в период с апреля 2000 г. по декабрь 2015 г. проводили диагностику и лечение по традиционной схеме.

Результаты и обсуждение. При использовании капсульной эндоскопии удалось обнаружить источник тонкокишечного кровотечения у 92,8 % больных. Преобладали кровотечения эрозивного генеза, которые останавливали консервативно (инфузионная терапия с учетом дефицита объема циркулирующей крови, препараты 5-аминсалициловой кислоты, ингибиторы фибринолиза и аналоги вазопресина и соматостатина). При язвенных кровотечениях упомянутые мероприятия были также эффективными. При сосудистых изменениях оптимальной тактикой было ургентное эндоскопическое вмешательство. При новообразованиях больные нуждались в плановом оперативном лечении (эндоскопических и открытых резекциях) после дообследования и дооперационной подготовки (инфузионно-трансфузионная терапия, коррекция сопутствующей патологии). В основной группе не использовали диагностические лапаротомии, тогда как в группе сравнения их выполнили в 45,8 % случаев. Это свидетельствует о высокой эффективности капсульной эндоскопии в диагностике источника тонкокишечного кровотечения и определении лечебной тактики.

Выводы. Применение разработанного диагностического алгоритма с использованием капсульной эндоскопии и двухбаллонной энтероскопии позволило выявить источник тонкокишечного кровотечения у 92,8 % больных основной группы и определить лечебную тактику. При продолжающемся тонкокишечном кровотечении с выявленным ее источником лечебная тактика заключается в выполнении urgentной эндоскопической или открытой операции, а при тонкокишечном кровотечении, которое остановилось, — в дообследовании и плановом хирургическом лечении.

Ключевые слова: тонкокишечное кровотечение, капсульная эндоскопия, двухбаллонная энтероскопия.

U. I. Grechana

Kyiv Regional Clinical Hospital

DIAGNOSTIC AND TREATMENT TACTICS IN SMALL BOWEL BLEEDING

The aim — to study the role of capsule endoscopy in defining the small intestinal bleeding tactics.

Materials and methods. The clinical material used in the work is based on the diagnostic and treatment results of 194 patients with small intestinal bleeding, who were in the surgical and proctologic departments. The main group included 98 patients who were diagnosed and treated according to original algorithm for the period from May, 2013 to December, 2015. The comparison group included 96 patients, followed the traditional scheme from April, 2000 to December, 2015.

Results and discussion. The results showed that using capsule endoscopy allows to detect a source of small intestinal bleeding in 92.8 % of patients. The predominant bleeding was erosive in genesis and stopped conservatively (infusion therapy including blood volume correction, 5-aminosalicylic acid drugs, fibrinolysis inhibitors and vasopressin/somatostatin analogues). The conservative measures were also effective for ulcer bleeding. Urgent endoscopic intervention was the optimal tactic for vascular disorders. Patients needed the routine surgical treatment (endoscopic and open resections) after pre-examination and preoperative preparation (infusion-transfusion therapy, correction of concomitant pathology) for neoplasms. In the main group, diagnostic laparotomies were not used, whereas in the comparison group they were performed in 45.8 % of cases. This testifies to the high effectiveness of capsular endoscopy in the diagnosis of the small intestinal bleeding source and the definition of therapeutic tactics.

Conclusions. Original diagnostic algorithm application with capsule endoscopy and double-balloon enteroscopy allows to reveal the small intestinal bleeding source in 92.8 % of patients in the main group and define the management. Therapeutic tactics for ongoing small intestinal bleeding from identified source with capsule endoscopy is urgent endoscopic or open surgery, and pre-examination and planned surgical treatment for stopped small intestinal bleeding.

Key words: small intestinal bleeding, capsule endoscopy, double-balloon enteroscopy.