



А. В. Сочка

Ужгородський національний
університет, медичний
факультет

© А. В. Сочка

ЕНДОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ КРОВОТЕЧ ІЗ НИЖНІХ ВІДДІЛІВ ТРАВНОГО ТРАКТУ

Реферат. Представлені результати ендоскопічної діагностики та лікування 274 пацієнтів із кровотечами з нижніх відділів травного тракту. Встановили високу ефективність колоноскопії для діагностики та лікування товстокишкових кровотеч. Довели доцільність субмукозної ін'єкції перед поліпектомією для профілактики кровотечі.

Ключові слова: *кровотеча з нижніх відділів травного тракту, ендоскопічний гемостаз, ендоскопічна поліпектомія*

Вступ

Шлунково-кишкова кровотеча — грізне ускладнення багатьох захворювань травного тракту. Кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту займають до 90 % від їх загальної кількості. Часто вони є масивними і загрозливими для життя [1, 2]. Кровотечі з нижніх відділів (якщо джерело кровотечі розташоване дистальніше зв'язки Трейтца) становлять 10–20 % від усіх кровотеч, рідко бувають інтенсивними, в більш ніж половині випадків здатні зупинитись самостійно. В основному це товстокишкові кровотечі, рідко — тонкокишкові [3, 5].

Кровотечі з нижніх відділів шлунково-кишкового тракту можуть виникати на фоні багатьох захворювань: геморої і анальні тріщини, злоякісні та доброякісні пухлини товстої і тонкої кишок з розпадом, поліпи, дифузний поліпоз, хронічні запальні захворювання кишківника (неспецифічні та специфічні — виразковий коліт, хвороба Крона), гострі ураження кишки (радіаційні, токсичні, інфекційні, ішемічні), дивертикулярна хвороба (у дітей в тому числі дивертикул Меккеля), ангіодисплазії, травми, сторонні тіла, аорто-кишкові нориці, гельмінтози [2, 4, 5].

Клінічна картина залежить від локалізації джерела кровотечі, швидкості та об'єму втраченої крові. При кровотечах із нижніх відділів — чим світліша кров виділяється з прямої кишки, тим дистальніше розташоване джерело кровотечі. При ураженнях навколоанальної області яскрава кров зазвичай не змішується з каловими масами, тоді як наявність темної крові, змішаної з калом, свідчить про патологію проксимальніших сегментів. Незважаючи на типові клінічні прояви, іноді кровотечі з верхніх відділів можуть супроводжуватися виділенням незміненої крові з кишки, а кровотечі з висхідної ободової кишки та тонкої кишки можуть проявляти себе меленою, якщо втрачено не менше 400–500 мл крові за короткий проміжок часу [3, 5].

Матеріали і методи дослідження

Під спостереженням знаходились 274 пацієнти, яким проводили колоноскопії в Закарпатському обласному клінічному онкологічному диспансері. Вони перебували на стаціонарному обстеженні та лікуванні, направлялись з інших лікарень або звертались за допомогою самі. Серед пацієнтів було 140 (51,1 %) чоловіків і 134 (48,9 %) жінки. Вік коливався від 4 до 88 р. Середній вік чоловіків становив $60,6 \pm 9,4$ р., жінок — $62,1 \pm 8,6$ р. Захворюваність різко зростала після 50 років: людей віком до 50 років було 30 (10,9 %), старших 50 років — 244 (89,1 %).

У дослідження включили хворих із ознаками кровотечі, котрі скаржились на одноразове або багаторазове виділення свіжої або трансформованої крові з заднього проходу. Більшість із них мали кишкові скарги — дискомфорт у череві, проноси або закрепи з домішками крові, слизу, різке схуднення і т.п. Звертали увагу на колір, кількість виділеної крові, тривалість скарг, анамнестичні дані. При невеликих кровотечах, за відсутності підозри на кишкову непрохідність можлива була підготовка кишківника послаблюючими порошками. При інтенсивному виділенні крові застосовували очисні клізми. Намагались оглянути товсту кишку до ілеоцекальної заслінки. Велика кількість згустків або калових мас, слабка перистальтика, пухлинні стенози, важкий стан хворого в ряді випадків перешкождали якійсь очистці та повноцінному обстеженню. При потребі використовували такі методи ендоскопічної зупинки кровотечі: монополярна електрокоагуляція, ендоскопічна ін'єкційна терапія (введення розчину адреналіну, етоксисклеролу), аплікація (заливання 96 % етанолу, 5 % амінокапронової кислоти) або їх поєднання. Рішення про подальше лікування пацієнта приймали спільно з хірургом або реаніматологом. При виявленні кровоточивого поліпа проводили ендоскопічну поліпектомію. У випадках крупних поліпів на товстих ніжках, широких основах безпосередньо перед ви-



даленням застосовували субмукозне введення в основу поліпа суміші, що складалась із 1,0 мл 0,1 % адреналіну та 5,0 мл фізіологічного розчину, а потім додатково вводили 1,0 мл 0,5 % склерозуючої речовини етоксисклеролу.

Результати досліджень та їх обговорення

Кровотечі розподілили на дві групи: кровотечі на фоні органічної патології кишки та ятрогенні кровотечі, що виникли в процесі діагностики і лікування. В таблиці 1 наведені кровотечі, обумовлені органічною патологією кишки:

Таблиця 1

Кишкові кровотечі, обумовлені органічною патологією кишки

Захворювання	Кількість випадків	%
Злоякісна пухлина прямої та товстої кишки	150	65,2
Злоякісна пухлина тонкої кишки	2	0,9
Кровоточиві поліпи, з них:	46	20,0
Немалігнізована аденома	41	17,8
Малігнізована аденома	4	1,8
Фібропапілома	1	0,4
Виразковий коліт	12	5,2
Дифузний поліпоз	6	2,6
Дивертикульоз	2	0,9
Стороннє тіло кишки	1	0,4
Джерела не виявлено	11	4,8
Всього:	230	100

Високий відсоток кровотеч із пухлин обумовлений онкологічним профілем лікарні, де здійснювали набір пацієнтів. Серед пухлинних кровотеч переважна більшість – це коло ректальні новоутворення (65,2 %), пухлини тонкої кишки становили тільки 0,9 % від загальної кількості патології. Ендоскопічні методи гемостазу використовували в дев'ятьох випадках, коли пухлина мала велику площу розпаду, інтенсивно кровоточила. П'ять разів застосували електричну коагуляцію, чотири рази – аплікацію етанолу одночасно з консервативним кровоспинним лікуванням.

Кровоточиві поліпи, як правило, були крупними (більші 1,5–2 см в діаметрі), широка основа була у шести (13,0 %) з них, товста ніжка у 13 (28,3 %), чотири (8,7 %) поліпа в подальшому виявилася малігнізованими аденомами. Видалення таких новоутворень є небезпечним в плані можливої кровотечі. Перед поліпектомією субмукозно водили суміш фізіологічного розчину з адреналіном і етоксисклерол. В одному випадку спостерігали незначну кровотечу на другу добу після поліпектомії.

Кровотечі при виразковому коліті, дифузному поліпозі не були інтенсивними. У двох випадках при виразкових колітах використовували аплікаційні методики. В подальшому проводили консервативну терапію з контрольними ендоскопічними оглядами. Методом лікування дифузного поліпозу в трьох пацієн-

тів була тотальна колектомія, інші троє відмовились від операції. В одному випадку після видалення стороннього тіла нисхідної ободової кишки на травмовану ділянку заливали етанол. Дивертикулярні кровотечі були доволі інтенсивними, але зупинились самі.

Кишкові кровотечі ятрогенного характеру виявились наступними (табл. 2):

Таблиця 2

Ятрогенні кишкові кровотечі

Причина	Кількість випадків	%
Кровотеча після поліпектомії	6	13,6
Кровотеча після взяття біопсії з пухлини	2	4,6
Самоампутація поліпа при клізмуванні	1	2,3
Радіаційний коліт	17	38,6
Радіаційна виразка прямої кишки	13	29,5
Медикаментозний коліт	2	4,6
Анастомозит	3	6,8
Всього:	44	100

Із шести кровотеч після ендоскопічного видалення поліпа три (50 %) були краплинними і добре піддавалися ендоскопічному гемостазу, використали коагуляцію з аплікацією етанолу. В трьох (50 %) випадках кровотеча була струйною, крім коагуляції, виконали ін'єкцію адреналіну з етоксисклеролом, проводили гемостатичну медикаментозну терапію. В одному випадку спостерігали рецидив кровотечі на першу добу, повторно використали коагуляцію.

Інтенсивні кровотечі після взяття біопсії з пухлини зупиняли коагуляцією з подальшою адекватною гемостатичною терапією. Кровотечі при радіаційних ураженнях кишки (коліти та виразки) були незначними, в п'ятьох випадках використовували аплікації етанолу. Виділення крові на фоні медикаментозних колітів спостерігали у важкохворих пацієнтів із неблагоприємним прогнозом. Кровотечі з анастомозу виникали у віддаленому післяопераційному періоді при хронічних закрепках, внаслідок травмування його звуженого гирла. Скарги зникали після налагодження акту дефекації.

Згідно наших результатів, серед 274 епізодів кровотеч із нижніх відділів шлунково-кишкового тракту 230 (83,9 %) – це кровотечі на фоні органічних уражень кишки, 44 (16,1 %) виникли як ускладнення в процесі діагностики та лікування. Більшість кишкових кровотеч ендоскопічного гемостазу не потребувала. Ендоскопічні методи застосовували в 72 (26,3 %) пацієнтів, із них 46 (63,9 %) – це поліпектомії (19 – із субмукозною ін'єкцією), 26 (36,1 %) – місцевий гемостаз. Рецидиви кровотеч спостерігали в 2 (2,8 %) випадках.

Висновки

1. Товстокишкові кровотечі добре піддаються лікуванню за допомогою ендоскопічних ме-



тодик. Ефективність ендоскопічного гемостазу сягає 95 %.

2. Перед видаленням крупних поліпів, поліпів на широких основах та товстих ніжках доцільно субмукозно вводити судиннозвужуючі та склерозуючі препарати для профілактики кровотечі.

3. При кровотечах із злоякісних пухлин ендоскопічний гемостаз – це лише метод тимчасової стабілізації стану пацієнта. Неоперабельні стадії, похилий вік, наявність супутньої патології значно погіршують прогноз.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Лечебная эзофагогастродуоденоскопия* / Н. Е. Чернеховская, В. Г. Андреев, Д. П. Черепянцев, А. В. Поваляев // М.: МЕДпресс-информ, 2009. – С. 83–98.

2. *Савельев В. С.* Руководство по клинической эндоскопии / В. С. Савельев, В. М. Буянов, Г. И. Лукомский // М.: Медицина, 1985. – С. 226–240.

3. *Эндоскопия желудочно-кишечного тракта* / С. А. Блашценцева, А. Г. Короткевич, Е. П. Селькова [и др.]. – М.: Изд-во ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 326–388.

4. *Atlas of colonoscopy. Techniques. Diagnosis. Interventional Procedures* / H. Messman, J. Barnert, M. Bittinger, T. Eberl et al. // Thieme, 2006. – P. 118–140.

5. *Lower gastrointestinal bleeding* / A. M. Vernava, B. A. Moore, W. E. Longo, F. E. Johnson // *Dis Colon and Rectum*, 1997. – P. 846–858.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ С НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

А. В. Сочка

Реферат. Представлены результаты эндоскопической диагностики и лечения 274 пациентов с кровотечениями с нижних отделов пищеварительного тракта. Установлена высокая эффективность колоноскопии в диагностике и лечении толстокишечных кровотечений. Доказана целесообразность субмукозной инъекции перед полипэктомией для профилактики кровотечения.

Ключевые слова: *кровотечение с нижних отделов пищеварительного тракта, эндоскопический гемостаз, эндоскопическая полипэктомия*

ENDOSCOPICAL DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDINGS

A. V. Sochka

Summary. The results of endoscopic diagnostics and treatment of lower gastrointestinal bleedings, diagnosed at 274 patients, are presented in this work. The high effectiveness of colonoscopy for diagnostics and treatment of intestinal bleedings was confirmed. The expedience of submucous injection before polypectomy for prophylaxis of bleeding was proved.

Key words: *lower gastrointestinal bleeding, endoscopic hemostasis, endoscopic polypectomy*