

Клінічне спостереження

Пацієнт 3., 1937 р.н., був доставлений в приймальне відділення лікарні 09/08-2009 з діагнозом "шлунково-кишкова кровотеча". При поступленні скаржився на болі в грудній клітці, затруднення при ковтанні. Крім цього пацієнт вказав, що 6 годин назад, під час регургітації харчових мас, помітив згорток крові. З анамнезу відомо, що вказані скарги турбують на протязі останніх двох тижнів. Загальний стан пацієнта задовільний. Шкірні покриви та видимі слизові біло-рожевого кольору. Серцева діяльність ритмічна, тони ослаблені, чисті. Пульс 98 уд/хв., АТ 100/60 мм рт. ст. В легенях везикулярне дихання. Загальний аналіз крові: Нь 100 г/л, Ег 3,2 Т/л, Le 20,1 Г/л, паличкоядерні 15%, сегментоядерні 59%, еозинофіли 2%, лімфоцити 18%, моноцити 6%. Пацієнту проведено рентгенографію органів грудної клітини, сонорафичне дослідження органів черевної порожнини — суттєвих змін не виявлено. Хворий оглянутий хірургом центру шлунково-кишкових кровотеч та торакальним хірургом. З метою уточнення діагнозу, пацієнту була призначена езофагогастроскопія. Після анестезії ротоглотки 2% розчином лідокаїну, апарат під контролем зору вільно введений в стравохід, де у в/3 відмічено стенозування просвіту за рахунок циркулярного розростання слизової. Детально оглянути місце звуження не вдалося, так як розпочалося масивне поступлення яскраво червоної крові в просвіт стравоходу, з виділенням її через рот. Ендоскопічно верифікувати джерело кровотечі не вдалося. Стан пацієнта миттєво погіршився, хворий втратив свідомість. Дослідження було припинено, негайно розпочато реанімаційні заходи, які були продовжені реанімаційною бригадою та були не ефективні. Через 40 хв. констатована смерть.

При аутопсії в просвіті стравоходу виявлено згорток крові, що виповнює його. Стравохід звужений на межі верхньої та середньої третини за рахунок циркулярної пухлини з проростанням в середостіння та прилеглої стінки аорти з вогнищевим некрозом та проливом стінки аорти в просвіт стравоходу. Метастази вздовж стравоходу дистальніше. Звертає на себе увагу той факт, що у просвіті аорти кров практично відсутня. Шлунок значно збільшений в об'ємі, в просвіті до 2 літрів крові. В окремих петлях тонкого кишківника дотьюпоподібні маси. В печінці по передньому краю правої долі субкапсулярний метастаз до 2 см в діаметрі.

Отже, у хворого мав місце плоскоклетинний рак середньої третини стравоходу з проростанням в середостіння та стінку аорти, некрозом пухлини з утворенням орто-езофагеальної фістули ускладненої масивною кровотечею.

Висновки

Аналізуючи даний клінічний випадок можна зробити наступні висновки, що однією із рідких причин гострої ШКК може бути АЕФ як ускладнення раку стравоходу. У біль-

шості випадків такі кровотечі є фатальними. Прижиттєва діагностика можлива лише за умови уважного вивчення анамнезу і детального обстеження. Під час підготовки до проведення ургентної ендоскопії пацієнтам з приводу ШКК, з нествановленим джерелом кровотечі, лікар має бути готовий до проведення комплексних методів гемостазу і проведення реанімаційних заходів. Наявність у пацієнта одного або декількох симптомів триади Chiari має насторожити лікаря щодо можливості АЕФ. У пацієнтів з підозрою на АЕФ покази до проведення езофагогастроскопії мають бути виваженими, оскільки це може спровокувати фатальну кровотечу.

Література

1. Кобишвили М.Г., Кузьмин-Крутецкий М.И. Кровотечения из сосудистых образований и аномалий верхних отделов ЖКТ и толстой кишки. www.endoscopy.ru
2. Кондратенко П.Г., Соколов М.В., Смирнов Н.Л. (2007) Организационные вопросы оказания специализированной помощи больным с острыми кровотечениями в просвет пищеварительного канала. Укр. ж. малоинвазивної та ендоск. хір. Vol. 11; 1: 24-25
3. Маев И.В., Самсонов А.А., Бусарова Г.А., Агапова Н.Р. (2003) Острые желудочно-кишечные кровотечения (клиника, диагностика, терапия). Лечебный врач. 5
4. Тарасов В.А., Побегалов Е.С., Старовицкий В.В., Виноградова М.В., Литвинов А.Ю. (2006) Лечение злокачественных опухолей легких и желудочно-кишечного тракта, осложненных кровотечениями. Практическая онкология. 7; 2: 94-100
5. Фомин П.Д., Блэй В.Я. (2007) Актуальные аспекты диагностики та лікування шлунково-кишкових кровотеч. Здоровье Украины. 8: 41
6. Фомин П.Д., Шенетько Е.Н., Заплавский А.В. (1997) Диагностическая и лечебная фиброэзофагоэндокопия при острых желудочно-кишечных кровотечениях. Тез. докл. республиканской научно-практической конференции "Актуальные проблемы неважкладной хирургии черевной порожнини та урогенитального тракту". (Киев), с. 32-33
7. Чернеховская Н.Е. (2004) Диагностика и лечение кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Журнал "Доктор Ру". 2
8. Шептулин А.А. Кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. www.rmj.ru
9. Baron R.L., Koehler R.E., Gutierrez F.R. et al. (1981) Clinical and radiographic manifestations of aorto-esophageal fistulas. Radiology. 141: 599-605
10. Benson M.J., Rouse D., van Someren N. et al. (1991) Fatal hemorrhage from an aorto-esophageal fistula precipitated by flexible endoscopy. Gastrointest. Endosc. 37: 193-196
11. Carter R., Mulder G.A., Snyder E.N. et al. (1978) Aorto-esophageal fistula. Am. J. Surg. 136: 26-30
12. Czereteko G., Mok C.K. (1980) Aorta-esophageal fistula induced by a foreign body: the first recorded survival. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 80: 233-235
13. de Manzoni G., Catalano F., Festini M. et al. (2002) Esophageal non-variceal hemorrhage: a clinical and epidemiological study. G. Chir. Vol. 23; 5: 199-204
14. Hollander J.E., Quick G. (1991) Aorto-esophageal fistula: a comprehensive review of the literature. Am. J. Med. 91: 279-287
15. Xia Min, Guo Ji-zhong, Zhan Qiang, Yan Jie (2007) Chinese Medical Journal. 120 (23): 2149-2150

ПОДГОТОВКА КИШЕЧНИКА ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ СКРИНИНГЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Музыка С.В., Винницкая А.Б.

Клиника "ЛИСОД", Киев, Украина

Summary

The aim of our study was to assess the complications and detection rate of colorectal lesions by comparing chromoendoscopy with two different types of colon preparation. Polyethylene glycol (40) and sodium phosphate (51) were used in 91 asymptomatic patients. Both groups were similar with regard to age, sex and ASA score. Mann-Whitney U Tests were used to determine differences between polyethylene glycol group and sodium phosphate group. Differences in the adenoma rate detection were statistically insignificant in both groups. There was not anything complications.

Key words: Polyethylene glycol, sodium phosphate, colon preparation, colorectal cancer screening.

Введение

Программированное обследование бессимптомных мужчин и женщин, у которых имеется высокая вероятность наличия аденоматозных полипов или рака (скрининг), достоверно снижает смертность от колоректального рака (КРР). Согласно результатам исследований, построенных по принципу доказательной медицины, на сегодняшний день колоноскопия (КС) является наиболее эффективным скрининговым методом для КРР, который позволяет не только диагностировать ранний рак, но и удалить аденоматозный полип. Известно, что эндоскопическая полипэктомия во время скрининговой КС уменьшает риск развития КРР на 50-67%, а смертность — на 65% [3,6,11,24,29]. Успех эндоскопического скрининга напрямую зависит от качества подготовки толстой и прямой кишки к исследованию.

Целью настоящего исследования является сравнительная оценка результатов эндоскопического скрининга КРР и колоректальных аденом при подготовке раствором полиэтиленгликоля и раствором фосфатов натрия.

Материалы и методы

Для проведения эндоскопического скрининга приглашали бессимптомных лиц в возрасте 50-75 лет, независимо от половой принадлежности. Пациентам, которые имеют отягощенный семейный анамнез по КРР, предлагали пройти скрининг с 40 лет. Не относили к скринингу обследование пациентов с анемией, необъяснимой потерей веса, воспалительными заболеваниями кишечника, с уже установленным диагнозом КРР и/или колоректальных аденом.

Проанализировали результаты 290 скрининговых КС. Из исследования были исключены все случаи неадекватной подготовки кишки (6 пациентов). Тотальная КС выполнена у 99,3% пациентов, т.е. введение колоноскопа в слепую (52,8%) или подвздошную кишку (46,5%). В двух случаях (женщины после перенесенных гинекологических операций) не удалось выполнить тотальную КС, поэтому их исключили из исследования. Во всех случаях пациенты получали пероральную подготовку кишечника. Сравнительное исследование проводили на материале 91 КС, при проведении которых качество подготовки кишечника оценивали в баллах. В первой группе (40) пациенты готовились раствором полиэтиленгликоля (ПЭГ) 4 литра раствора в течение четырех часов, во второй (51) — раствором фосфата натрия (ФН) — 2 флакона с интервалом в 12 часов. Качество подготовки оценивали по Бостонской шкале [14], согласно которой соответствующий балл выставляется по каждому из трех отделов толстой кишки (таблица 1 и таблица 2), таким образом, общая сумма баллов может быть от 0 до 9.

Все КС выполнены непосредственно после проведения электрокардиографии, общего анализа крови и коагулограммы, что обусловлено проведением глубокой седации, а также тем, что полипы размером менее 10 мм были удалены немедленно после их обнаружения. После осмотра пациента, оценки по шкале ASA [12], получения информированного согласия, седация проводилась анестезиологической бригадой с препаратом пропофол. Исследования выполнены видеоколоноскопом с обязательной видеозаписью и архивированием. Извлечение колоноскопа с осмотром слизистой оболочки кишки занимало не

менее 8 минут. Во время извлечения колоноскопа, начиная со слепой кишки, всем пациентам проводили хромоэндоскопию — окрашивание всех отделов толстой кишки 0,2% раствором индигокармина. Индигокармин облегчал визуализацию рельефа слизистой оболочки, заполняя межзвитальные пространства. Согласно действующим рекомендациям, все выявленные полипы толстой и прямой кишки должны быть удалены с обязательным патоморфологическим исследованием [1]. В случае полипов размером до 10 мм проводили полипэктомии во время первого визита с обязательным патоморфологическим исследованием. Полипы размером более 10 мм удаляли только в условиях хирургического стационара. При необходимости прибегали к методам профилактики постполипэктомических осложнений: эндоскопическому лигированию ножки или клипированию основания полипа. Материал направляли для детального патоморфологического анализа в лабораторию PathoLab (Израиль). Морфологические изменения классифицировали согласно Венской классификации с определением вовлеченности краев при удалении новообразования, при необходимости проводилось иммуногистохимическое исследование.

Для оценки результатов скрининга использовали специально созданную базу данных, в которой, начиная с 2007 года, регистрируются паспортные, анамнестические данные, результаты скрининга, включая патоморфологическое исследование, что позволяет проводить статистический анализ и наблюдение за пациентами. Для определения достоверности полученных результатов использовали статистический тест *Mann-Whitney U*-тест). Разницу считали статистически достоверной при значении *P* менее 0,05.

Результаты

Обе группы пациентов были равнозначны по полу, возрасту и шкале оценки анестезиологического риска (ASA). Результаты сравнения приведены в таблице 3.

Оценку качества подготовки кишки выше семи баллов по Бостонской шкале имели 90% пациентов. Была отмечена достоверная разница в качестве подготовки между раствором ПЭГ и раствором ФН. Результаты сравнения приведены в таблице 4. Все 6 пациентов, которые не следовали рекомендациям по подготовке и были исключены из исследования, готовились раствором ПЭГ. Отступление от инструкции (сокращение объема выпитого раствора) было обусловлено ухудшением самочувствия, появлением тошноты или рвоты. У тех, кто готовился раствором ФН, не наблюдали ни одного случая нарушения инструкции, т.е. неполной подготовки.

В обеих группах не было ни одного случая, когда после получения результатов ЭКГ, общего анализа крови, коагулограммы были выявлены противопоказания для проведения седации и/или КС. Не наблюдали осложнений седации, требующих искусственной вентиляции легких или медикаментозного лечения.

Всего в обеих группах выявлено 106 полипов размерами от 1 до 20 мм. Аденом — 68, среди них: размером до 10 мм — 57 (83%). Среди всех аденом 58% локализовались проксимальнее селезеночного изгиба. Суммарно в обеих группах 31,9% пациентов имели колоректальные аденомы. Сравнительные результаты скрининга при проведении стандартного осмотра и хромоэндоскопии представлены в таблице 5.

Таким образом, не было статистически достоверной разницы между двумя группами по числу выявленных пациентов с полипами и аденомами, а также в соотношении числа аденом к числу пациентов.

Обсуждение

Цель скрининга — уменьшение заболеваемости и смертности за счет выявления КРР на ранней стадии и удаления аденоматозных полипов, которые являются предшественниками КРР [28]. Среди всех методов скрининга КРР наибольшей эффективностью обладает КС [22]. Проведенные исследования показывают значительное сокращение бюджетных

Таблица 1. Оценка качества подготовки по Бостонской шкале

Балл	Характеристика
0	Не подготовлена: слизистая не визуализируется, несмотря на активную водную ирригацию.
1	Плохая подготовка: осмотру доступна лишь небольшая часть сегмента кишки, в остальном слизистая покрыта плотным содержимым или непрозрачной жидкостью.
2	Хорошая подготовка: небольшое количество плотного содержимого и/или непрозрачной жидкости, требует аспирации, но слизистая сегмента кишки визуализируется хорошо.
3	Отличная подготовка: сегмент кишки не содержит плотного содержимого и/или непрозрачной жидкости.

Таблица 2. Оценка подготовки толстой кишки согласно Бостонской шкале по отделам

Отдел толстой кишки	Баллы
Правые отделы толстой кишки (слепая и восходящая)	0-3
Средние отделы толстой кишки (печеночный и селезеночный изгибы, поперечно-ободочная кишка)	0-3
Левые отделы толстой кишки (нисходящая, сигмовидная, прямая)	0-3
Всего	0-9

расходов на лечение больных КРР, что покрывает стоимость скрининга и последующего наблюдения [23]. Несколько стран, включая США, Австрию, Германию, Польшу и Люксембург уже используют КС в качестве метода скрининга. Это во многом повлияло на заблаговременность КРР в США, которая за период с 2002 по 2005 год снизилась на 4,5% [21].

Во многом благодаря развитию техники, золотым стандартом в раннем выявлении неоплазии пищеварительного тракта стала эндоскопия [15]. Однако результаты исследований показывают, что КС не лишена недостатков и не позволяет выявить абсолютно все случаи аденомы и аденокарциномы [16], количество ложноотрицательных результатов скрининговой КС может достигать 10%, и до 27% малых аденом может быть пропущено [20]. На выявление сложных для диагностики плоских аденом направлены методы улучшения эндоскопической визуализации, к которым относится хромоэндоскопия.

Хромоэндоскопия с раствором индигокармина много лет применяется для детальной оценки рельефа поверхности слизистой оболочки пищеварительного тракта. Индигокармин — контрастный краситель растительного происхождения синего цвета [7]. В отличие от абсорбирующих красителей не поглощается слизистой оболочкой, а накапливается в щелях и углублениях, делает видимыми плоские дефекты и нарушения архитектоники слизистой оболочки [19]. Индигокармин, который в Японии применяется при каждом эндоскопическом исследовании пищеварительного тракта, стал привлекать внимание западных ученых. Кокрановский систематический обзор 2007 года, основываясь на выводах четырех работ, указывает на доказанную эффективность хромоколоноскопии в диагностике colorectal adenoma [4]. Результаты австралийского исследования, опубликованные в 2009 году, подтверждают преимущество хромоколоноскопии в диагностике colorectal adenoma [26]. Анализ другого сравнительного исследования показывает, что данное преимущество достигается именно за счет полипов малых размеров, т.е. плоских образований, диагностика которых наиболее затруднена [18]. Однако, кроме техники осмотра, большое влияние на число выявленных полипов и аденом оказывает качество подготовки кишечника [8,25]. В настоящее время предпочтение отдается пероральной подготовке, которая по механизму действия может быть изомолярной и гиперосмолярной. Знание физиологических механизмов позволяет выбрать метод подготовки с учетом сопутствующих заболеваний и возраста пациента. Изомолярный раствор ПЭГ не абсорбируется и не ферментируется, однако для полноценной очистки кишечника, как правило, необходимо выпить 4 литра раствора на протяжении четырех часов. Гиперосмолярный раствор ФН требует одного стакана препарата в два приема с двенадцатичасовым интервалом, во время которого пациент пьет освежающие напитки, соки, прохладную воду. Исходя из максимальной продолжительности опорожнения кишечника, рекомендуемый минимальный интервал между вторым приемом препарата и КС составляет 5 часов [17].

Много работ посвящено анализу безопасности пероральной подготовки. Необходимо отметить, что любой способ очистки кишечника может приводить к таким осложнениям, как водно-электролитные нарушения, головокружение, тошнота, рвота, повышенное газообразование, перианальная боль [2]. Пероральная подготовка противопоказана пациентам с клиникой нарушения кишечной проходности или перфорации кишки, что было неактуальным для нашего исследования, поскольку в скрининге участвуют только бессимптомные пациенты. В результате приема раствора ПЭГ описано развитие аспирации, синдрома Меллори-Вейсса, перфорации пищевода, панкреатита, сердечной аритмии [9,27]. Мы учитывали тот факт, что вследствие своей гиперосмолярности раствор ФН может приводить к потере жидкости и транзиторным электролитным нарушениям. Поскольку наиболее частыми нарушениями являются гиперфосфатемия, гипонатриемия, гипокальциемия, гипокальциемия, препараты ФН противопоказаны при почечной недостаточности, асците и сердечной недостаточности [5].

Несмотря на электролитные нарушения, результаты исследования на материале 3022 пациентов не выявило каких-либо серьезных осложнений при использовании ФН [10]. Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами (FDA) за шесть лет мониторинга в США выявило 14 случаев смерти, которые были непосредственно связаны с пероральной подготовкой кишечника и, чаще всего были обусловлены неправильным назначением с превышением дозы препарата. Среди них 6 случаев приходится на прием ПЭГ и 8 случаев на прием ФН [13]. По результатам нашего исследования назначение препаратов с учетом противопоказаний не сопровождалось развитием осложнений, как при ПЭГ, так и при ФН. Анализ результатов скрининга colorectal adenoma не выявил статистически достоверной разницы между двумя методами пероральной подготовки.

РЕДКАЯ ПРИЧИНА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Никишаев В.И., Астахов В.В.

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Украина

Одной из важных проблем здравоохранения является оказание медицинской помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. В структуре ЖКК на пептические язвы, острые язвы и эрозии, опухоли, синдром Меллори-Вейсса, варикозно расширенные вены пищевода и желудка при портальной гипертензии приходится 92,8% всех причин кровотечения, а остальные относятся к разряду казуистических. По данным Стручкова В.И. и соавторов [1], описано 116 заболеваний, которые могут приводить к ЖКК. Однако этот список далеко не полный. На сегодняшний момент описан целый ряд заболеваний и синдромов, при которых может возникать ЖКК. Под нашим наблюдением находился больной с ЖКК, причиной которого явилось состояние, которое ранее не было описано в литературе и

Таблица 3. Сравнение групп по возрасту и полу

Показатель	Группа ПЭГ	Группа ФН	p
Средний возраст	52	50,5	=0,532
Пол	16М/24Ж	17М/34Ж	=0,513
Оценка по ASA	1,8	1,9	=0,689

Таблица 4. Сравнение качества подготовки по Бостонской шкале

Показатель	Группа ПЭГ	Группа ФН	p
Средняя оценка	8,3	8,8	<0,0001
Количество пациентов с оценкой более 7 баллов	82,5%	98%	<0,001

Таблица 5. Сравнительные результаты скрининга

Показатель	Группа ПЭГ	Группа ФН	p
Пациенты с полипами	47,5%	58,8%	=0,185
Пациенты с аденомами	32,5%	31,4%	=0,909
Аденома / аденом	0,6	0,85	=0,988

Таким образом, пероральная подготовка препаратами ПЭГ и ФН при эндоскопическом скрининге colorectal adenoma является эффективной и безопасной. Выбор препарата должен проводиться с учетом возраста, сопутствующих заболеваний и предпочтений пациента. Нет разницы между ПЭГ и ФН в результатах диагностики colorectal adenoma у бессимптомных пациентов.

Литература

- Zacharash M.P., Харченко Н.В., Музыка С.В. (2006) Скрининг предраковых состояний и рака толстой кишки. Методические рекомендации МЗ Украины. (Кіїв). "Медичина", 23 с.
- ASGE Technology Committee (2009) Technology status evaluation report. Colonoscopy preparation. Gastrointestinal Endosc. 69 (7): 1201-1209
- Brenner H., Chang-Claude J., Seiler C.M. et al. (2006) Does a negative screening colonoscopy ever need to be repeated? Gut. 55: 1145-1150
- Brown S.R., Baraza W., Hurlstone P. (2007) Chromoscopy versus conventional endoscopy for the detection of polyps in the colon and rectum. Cochrane Database Syst. Rev. 17; 4: 6439
- Curran M.P., Plosker G.L. (2004) Oral sodium phosphate solution: a review of its use as a colorectal cleanser. Drugs. 64: 1697-1714
- Dove-Edwin I., Sasieni P., Adams J. et al. (2005) Prevention of colorectal cancer by colonoscopic surveillance in individuals with a family history of colorectal cancer: 16-year, prospective, follow-up study. BMJ. 331: 1047
- Fennerty M.B. (1994) Tissue staining. Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am. 4: 297-311
- Froehlich F., Wietlisbach V., Gonvers J.J. et al. (2005) Impact of colonic cleansing on quality and diagnostic yield of colonoscopy: the European Panel of Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy European multicenter study. Gastrointest. Endosc. 61: 378-384
- Granberry M.C., White L.M., Gardner S.F. (1995) Exacerbation of congestive heart failure after administration of polyethylene glycol-electrolyte lavage solution. Ann. Pharmacother. 29: 1232-1235
- Hookey L.C., Depew W.T., Vanner S. (2002) The safety profile of oral sodium phosphate for colonic cleansing before colonoscopy in adults. Gastrointest. Endosc. 56: 895-902
- Kahi C.J., Imperiale T.F., Juliar B.E., Rex D.K. (2009) Clinical gastroenterology and hepatology. 7: 770-775
- Keats A.S. (1978) The ASA classification of physical status — a recapitulation. Anesthesiology. 49: 233-236
- Kharana A., McLean L., Atkinson S. et al. (2008) The effect of oral sodium phosphate drug products on renal function in adults undergoing bowel endoscopy. Arch. Intern. Med. 168: 593-597
- Lai E.J., Calderwood A.H., Doros G., Fix O.K., Jacobson B.C. (2009) The Boston bowel preparation scale: a valid and reliable instrument for colonoscopy-oriented research. Gastrointest. Endosc. 69: 620-625
- Lambert R., Saito H., Saito Y. (2007) High-resolution endoscopy and early gastrointestinal cancer down in the East. Endoscopy. 39: 232-237
- Leaper M., Johnston M.J., Barclay M. et al. (2004) Reasons for failure to diagnose colorectal carcinoma at colonoscopy. Endoscopy. 36: 499-503
- Linden T.B., Waye J.D. (1999) Sodium phosphate preparation for colonoscopy: onset and duration of bowel activity. Gastrointest. Endosc. 50: 811-813
- Mouzyka S., Vinytska A. (2009) Detection of colorectal lesions at screening colonoscopy: a study between conventional imaging and pancolonic indigo carmine dye. Endoscopy. [Suppl 1]. 41: A514
- Rembacken B.J., Fujii T., Cairns A. et al. (2000) Flat and depressed colonic neoplasms: a prospective study of 1000 colonoscopies in the UK. Lancet. 355: 1211-1214
- Rex D.K., Rahmani E.Y., Haseman J.H. et al. (1997) Relative sensitivity of colonoscopy and barium enema for detection of colorectal cancer in clinical practice. Gastroenterology. 112: 17-23
- Robertson D.J. (2010) Colonoscopy for colorectal cancer prevention: is it fulfilling the promise? Gastrointest. Endosc. 71: 118-120
- Schmiegel W., Pox C., Adler G. et al. (2004) S3?Guidelines conference "Colorectal Carcinoma". J. Gastroenterol. 42: 1129-1177
- Sieg A., Brenner H. (2007) Cost-saving analysis of screening colonoscopy in Germany. J. Gastroenterol. 45 (9): 945-951
- Singh H., Turner D., Xue L. et al. (2006) Risk of developing colorectal cancer following a negative colonoscopy examination: evidence for a 10-year interval between colonoscopies. JAMA. 295: 2366-2373
- Thomas-Gibson S., Rogers P., Cooper S. et al. (2006) Judgement of the quality of bowel preparation at screening flexible sigmoidoscopy is associated with variability in adenoma detection rates. Endoscopy. 38: 456-460
- Togashi K., Hewitt D.G., Radford-Smith G.L., Appleyard M.N. et al. (2009) The use of indigocarmine spray increases the colonoscopic detection rate of adenomas. J. Gastroenterol. 44 (8): 826-833
- Turnage R.H., Guice K.S., Gannon P. et al. (1995) The effect of polyethylene glycol gavage on plasma volume. J. Surg. Res. 57: 284-288
- Winawer S., Fletcher R., Rex D. et al. (2003) Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale: update based on new evidence. Gastroenterology. 124: 544-560
- Winawer S.J., Zauber A.G., Ho M.N. et al. (1993) Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup. N. Engl. J. Med. 329: 1977-1981

мы ни разу не наблюдали при лечении более 23 000 пациентов с кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Приводим описание этого случая.

В больницу 18/04-2009 года поступил пациент К., 55 лет, с признаками ЖКК. При поступлении больной предъявлял — жалобы на общую слабость, головокружение, стул черного цвета в течение двух суток. Гемодинамика стабильная. АД 120/80 мм рт.ст., пульс 80 уд/мин. В 1974 году перенес операцию ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, в 1988 году — дуоденопластику по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, а в 1991 году — селективную проксимальную ваготомию с фундопликацией по Ниссену с дуоденопластикой по поводу кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки. По лабораторным данным — кровотечение умеренной