

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Кухарев Д.Ю., Щерба А.Е., Германович В.И., Левина Д.И., Козак О.Н.,
Савченко А.И., Матюх А.В., Руммо О.О.*

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. По данным Европейского общества желудочно-кишечной эндоскопии (ЕОЖКЭ), нижние гастроинтестинальные кровотечения (НГИК) – это кровотечения, возникающие дистальнее связки Трейтца (т.е. из тощей, подвздошной, толстой, прямой кишки или заднего прохода), проявляющиеся либо гематохезией (ярко-красная кровь/сгустки или бордовый стул), либо меленой, и составляют примерно 20% всех кровотечений ЖКТ. НГИК являются таким же жизнеугрожающим для пациента состоянием, как и более частые кровотечения из желудка и ДПК, но более трудны для диагностики и менее ясны для принятия эффективного и взвешенного решения ввиду частоты заболевания и меньшей готовности и возможности применить срочную колоно- или энтероскопию, мультиспиральную компьютерную ангиографию органов брюшной полости (МСКТа ОБП) и висцеральную ангиографию. Тем не менее НГИК требуют оперативной и точной диагностики, равно как и своевременного и эффективного лечения.

Цель. Продемонстрировать алгоритм диагностики и лечения НГИК, используемый в ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», провести анализ применения данного алгоритма на основе клинического случая.

Материалы и методы. Проведен анализ алгоритма, который используется для диагностики и лечения пациентов с НГИК, пребывающих на стационарном лечении в ГУ «МНПЦ ХТиГ». Согласно алгоритму ЕОЖКЭ и МНПЦ, ключевыми пунктами для выбора методов диагностики и лечения пациентов являются: гемодинамическая стабильность пациента, информативность предыдущего метода исследования, операционные риски и прогноз выживания вне зависимости от НГИК. Для диагностики НГИК используются следующие методы: постановка назогастрального зонда, пальцевое ректальное исследование, фиброгастроуденоскопия (ФГДС), колоноскопия, энтероскопия, МСКТа ОБП, мезентериальная ангиография. При проведении МСКТа ОБП, признаками наличия НГИК являются: сосудистая экстравазация контрастного вещества (прямые признаки, чувствительность 85%); и контрастное усиление и утолщение стенки кишки (30%), спонтанная гиперденсивность околокишечной жировой клетчатки (5%) – косвенные признаки.

Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентки З., 1942 года рождения, находившейся на стационарном лечении в ГУ «МНПЦ ХТиГ» в апреле 2023 года с кровотечением из нижнего отдела ЖКТ.

Результаты и обсуждение. Алгоритм диагностики кровотечений из нижних отделов ЖКТ начинается с клинической оценки пациента, включая анамнез, физикальное обследование и оценку жизненно важных показателей. Важно определить наличие активного кровотечения, симптомы шока и установить стабильность пациента.

Для быстрой дифференциальной диагностики кровотечений из верхних и нижних отделов ЖКТ является постановка назогастрального зонда, ФГДС и пальцевое ректальное исследование для исключения аноректального кровотечения. Продолжающееся неактивное и рецидив НГИК являются показанием для эндоскопического исследования (повторно ФГДС, колоноскопия). Колоноскопия является методом выбора у гемодинамически стабильных пациентов с перемежающимся (скрытым) или уже остановившемся кровотечением, и проявляется у пациентов микроцитарной гипохромной анемией вследствие хронической анемии. В случае наличия нестабильной гемодинамики и клиники продолжающегося кровотечения, методом выбора является МСКТа ОБП, которая используется также и при неинформативности колоноскопии и невозможности ее проведения. При выявлении тонкокишечных признаков кровотечения по данным МСКТа показано проведение мезентериальной ангиографии и(или) энтероскопии. При выявлении толстокишечного источника кровотечения по данным МСКТа применяются эндоскопическая и(или) хирургическая тактика. Неэффективность вышеуказанных методов и дестабилизация пациента являются показанием к применению хирургической тактики, которая должна быть взвешена операционным риском и прогноз выживания вне зависимости от НГИК.

При наличии МСКТа-признаков кровотечения используется следующий алгоритм действий:

1. назначение антагонистов соматостатина (октреотид в дозе 1200 мкг/сут); месалазина при колитической причине НГИК и ванкомицина при колите ассоциированном с *C.difficile*;
2. ангиография с целью селективной/суперселективной эмболизации микро-кольцами или спиралями, но не микросферами (риск перфорации составляет 10-20%);
3. повторная ангиография с целью селективной/суперселективной эмболизации у пациентов крайне высокого операционного риска (например синдром полиорганной недостаточности, плохой прогноз жизни по другим причинам);
4. экстренная лапаротомия (резекция участка кишки, интраоперационная эндоскопия).

В целом указанный алгоритм, включающий МСКТа применен в 24 случаях, включающий ФКС – 14, и ангиографию у 8 пациентов МНПЦ ХТиГ.

Согласно вышеописанному алгоритму мероприятий, для постановки диагноза и последующего лечения НГИК у пациентки З., находившейся на

стационарном лечении в ГУ «МНПЦ ХТиГ» в гемодинамически стабильном состоянии, были проведены следующие мероприятия:

- ФГДС/20.04.2023 – выявлена эрозивная гастропатия, кровотечение из верхних отделов ЖКТ исключено;

- Колоноскопия/21.04.2023 – выявлены единичные геморрагические эрозии сигмовидной и прямой кишки. Дивертикулез сигмовидной ободочной кишки без признаков воспаления. Язва терминального отдела подвздошной кишки. Признаки состоявшегося кровотечения, вероятный источник – подвздошная кишка.

- МСКТА ОБП/21.04.2023 – выявлена экстрavasация контрастного вещества (КВ) в просвет петли подвздошной кишки в мезогастррии справа. Циркулярное утолщение стенок части петель подвздошной кишки в мезогипогастррии справа, с повышенным накоплением ими КВ (в рамках воспалительных изменений). Множественные дивертикулы сигмовидной кишки.

- Энтероскопия/22.04.2023 – выявлены язвы подвздошной кишки, одна из них с признаками состоявшегося кровотечения (Forrest IIa). Эндоскопический гемостаз – клипирование (в дне язвы тромбированный сосуд до 1.5-2 мм. в д., клипирован (2-мя клипсами).

- Селективная ангиография ВБА и ее ветвей/22.04.2023 – селективная катетеризация ВБА, далее суперселективно катетеризирована ветвь подвздошно-ободочной артерии, питающая зону экстрavasации КВ содержащую клипсу в проекции свободного края подвздошной кишки.

Общее время пребывания пациентки З. в ОАР и хирургическом отделении ГУ «МНПЦ ХТиГ» составило 20 дней, после чего с соответствующими рекомендациями была выписана домой.

Выводы. Нижние желудочно-кишечные кровотечения – жизнеугрожающее состояние, требующее принятия своевременной и последовательной тактики лечения. МСКТа ОБП – метод выбора у пациентов с нестабильной гемодинамикой и продолжающимся кровотечением. Колоноскопия – метод выбора у гемодинамически стабильных пациентов с перемежающим (скрытым) или уже остановившемся кровотечением. ФГДС является рекомендуемым исследованием, так как в 10% случаев выявляют кровотечения из верхних отделов ЖКТ при подозрении на НГИК. Общий алгоритм включает: ФГДС, колоноскопию (у стабильного пациента), МСКТА ОБП, ангиографию (+/- эмболизация), энтероскопию (+/-аргоновую коагуляцию; +/- клипирование), хирургическую тактику. Выбор вида исследования и лечения пациента имеет персонализированный характер в большинстве случаев, но опорными исследованиями для последующих мероприятий являются ФГДС, ФКС и МСКТа, а основной лекарственной тактикой – назначение антагонистов соматостатина, месалазина при колитической причине НГИК и ванкомицина при колите ассоциированном с *C.difficile*.