

Результаты неотложной ФКС при низких желудочно-кишечных кровотечениях (ЖКК)

А.Г. Короткевич^{1,2}, Е.В. Захарченко², А.С. Леонтьев^{2,1}

ГИУВ¹, МГКБ №29², г. Новокузнецк, Россия

Реферат. Представлены результаты экстренных колоноскопий у 126 больных с клиникой толстокишечного кровотечения – кровянистым стулом. Колоноскопия выполнялась без предварительной подготовки кишки. В зависимости от пола и возраста изучены протяженность осмотра и уровень источников кровотечения. Выявлены различия в возрастной структуре мужчин и женщин с низкими ЖКК. Показана высокая эффективность и безопасность метода.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Низкие ЖКК, встречаясь несравненно реже ЖКК из верхних отделов ЖКТ, остаются проблемной стороной хирургической гастроэнтерологии с позиций оценки необходимости ранней диагностики источника кровотечения и оценки риска рецидива [1, 2, 8]. Также спорной стороной диагностической ФКС остается факт подготовки кишки перед исследованием [7, 26]. Частота низких ЖКК среди мужчин и женщин существенно различается, как и средний возраст исследуемых [11, 12, 14, 23], хотя в литературе имеются указания на то, что у мужчин низкие ЖКК выявляются чаще [11].

ЦЕЛЬ

Оценить возможность неотложной ФКС без предварительной подготовки толстой кишки в зависимости от пола и возраста пациентов.

Материал и методы. Одноцентровое проспективное когортное исследование. Изучены медицинские карты 126 больных, поступивших в 2006–2012 гг. с клинической кишечного кровотечения: алая кровь или «малиновое желе» при дефекации, гипотония, тахикардия. Пациенты с первичными признаками высокого ЖКК исключены из исследования. Мужчин 53, женщин 73. Возраст $60,79 \pm 16,95$. ФКС выполняли без предварительной подготовки и обезболивания фиброколоноскопом CF-40L (2006–2009 гг.) и видеоколоноскопом CF-150L (2010–2012 гг.) (Olympus, Япония) при поступлении или после стабилизации гемодинамики. Положение пациента на левом боку. Отмывание просвета кишки при необходимости (сложностях ориентации эндоскопа) выполняли через инструментальный канал колоноскопа шприцами или помпой. Протяженность осмотра ограничивалась выявлением источника кровотечения или выполнением тотальной колоноскопии с исключением толстокишечного кровотечения. Поиск источника кровотечения производи-

лся дистальнее в 5–10 см от границы обычных каловых масс (без примеси крови).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст у мужчин составил $54,79 \pm 15,11$, у женщин $66,32 \pm 15,11$ ($df=114$; $p=0,000267$) (рис. 1).

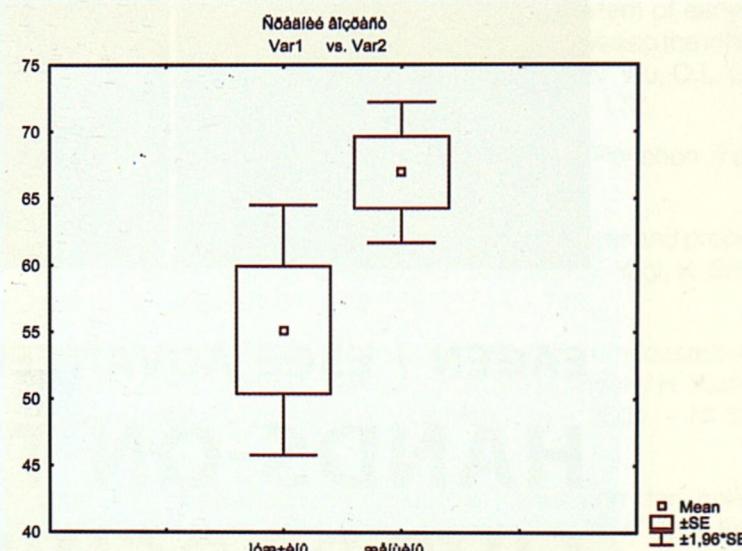


Рис. 1. Средний возраст мужчин и женщин с низким ЖКК

Распределение пациентов в зависимости от пола и возраста представлено на рисунке 2.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЖКК ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ (%)

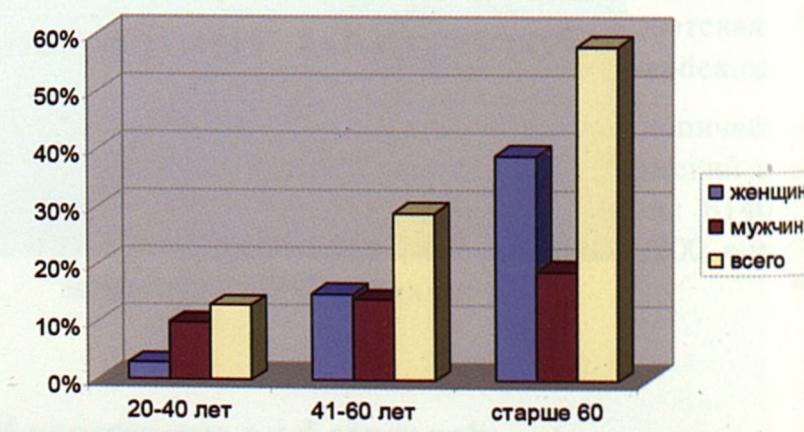


Рис. 2. Распределение пациентов с низким ЖКК в зависимости от пола и возраста

Распределение больных по годам представлено на рисунке 3.

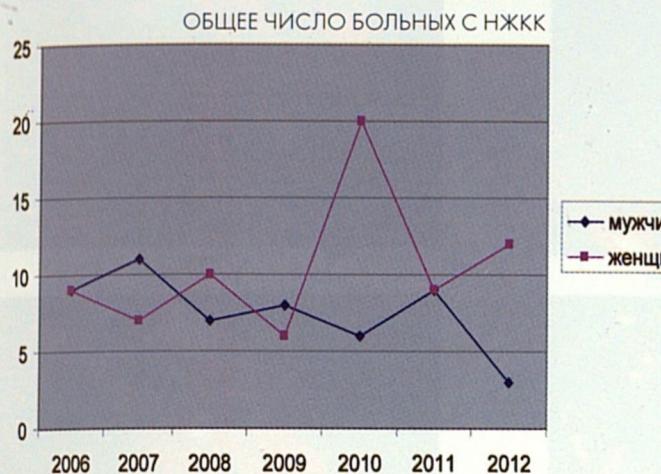


Рис. 3. Число госпитализаций пациентов с низкими ЖКК по годам

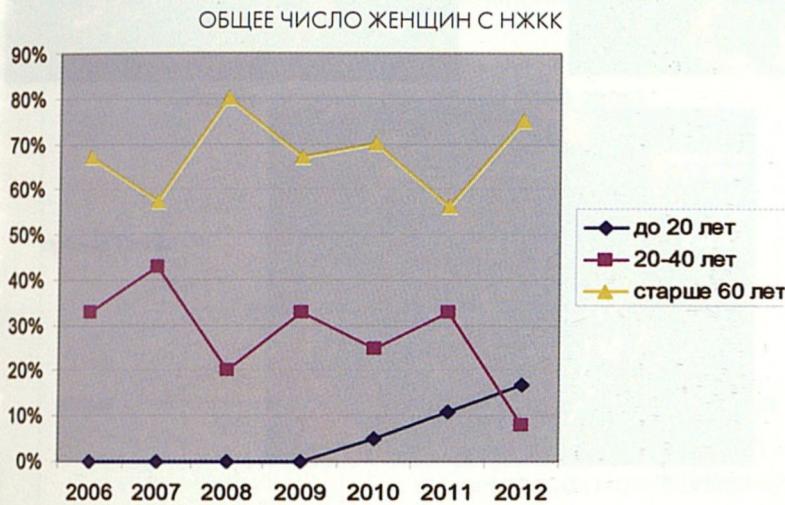


Рис. 4. Возрастная структура женщин с низкими ЖКК по годам

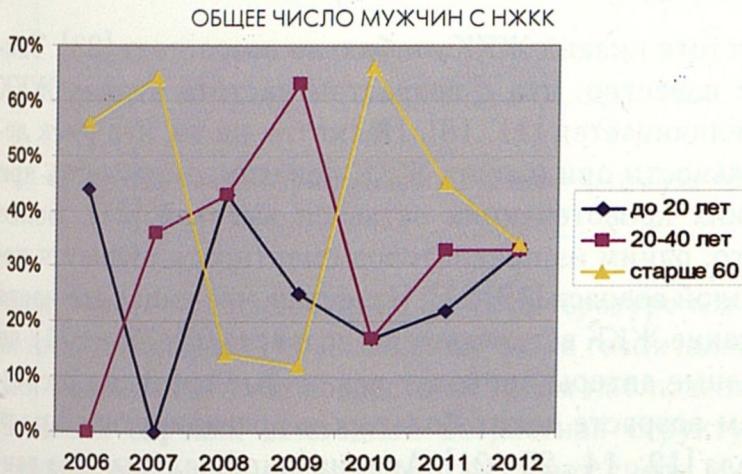


Рис. 5. Возрастная структура мужчин с низкими ЖКК по годам

Сравнение возрастной структуры у мужчин за периоды 2006–2009 и 2010–2012 гг. представлено на рисунке 6.

Сравнение возрастной структуры у женщин за периоды 2006–2009 и 2010–2012 гг. представлено на рисунке 7.

Частота тотальной ФКС в зависимости от пола и возраста представлена на рисунке 8.

ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА МУЖЧИН С НИЗКИМИ ЖКК ПО ГОДАМ

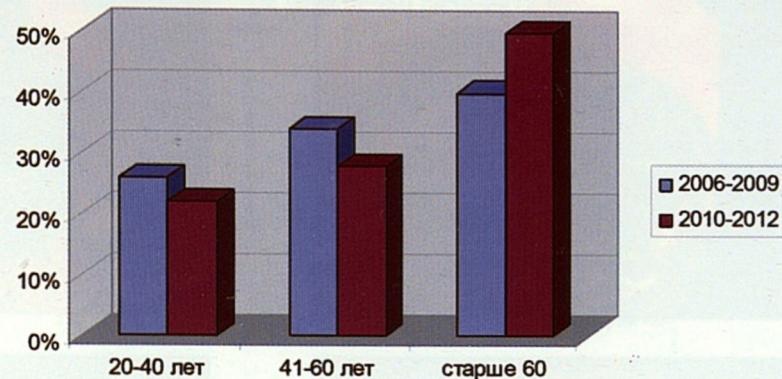


Рис. 6. Изменения возрастной структуры у мужчин

ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ЖЕНЩИН С НИЗКИМИ ЖКК ПО ГОДАМ

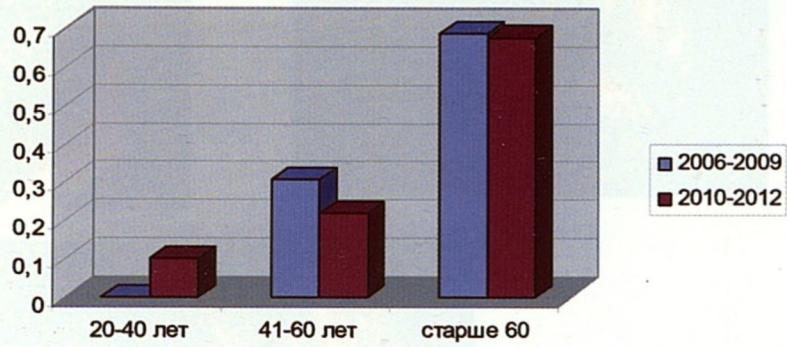


Рис. 7. Изменения возрастной структуры у женщин

ЧАСТОТА ТОТАЛЬНОЙ ФКС

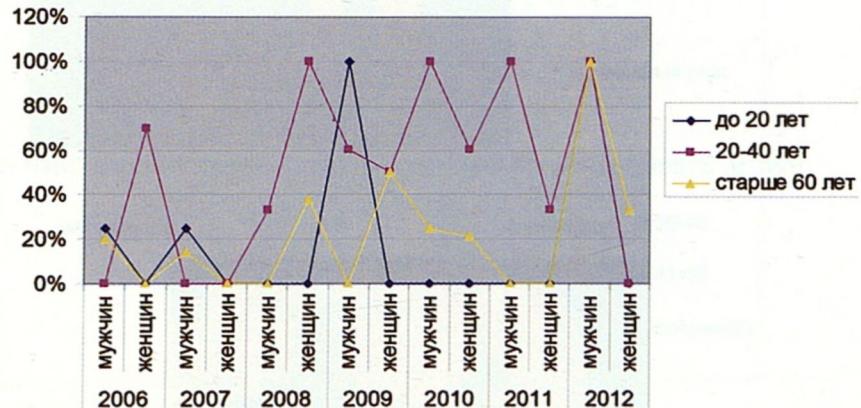


Рис. 8. Частота тотальной ФКС при низких ЖКК

Среднее время ФКС у мужчин и женщин не отличалось и зависело исключительно от уровня источника кровотечения и протяженности осмотра. ФКС позволила определить уровень толстокишечного кровотечения или отвергнуть толстокишечное кровотечение во всех случаях. Даже при остановившемся кровотечении определялась граница слизистой оболочки со следами крови с каловыми массами без следов крови. При sigmoidoskopии время исследования не превышало 2 минут, при осмотре до селезеночного угла – 8 минут, при тотальной ФКС составило 25 ± 15 минут. Средний объем лаважной жидкости для отмывания крови при ориентации эндоскопа в просвет кишки составил $180 \text{ мл} \pm 45,6 \text{ мл}$.

Примеры эндоскопической картины при низком ЖКК представлены на рисунках 9–10.

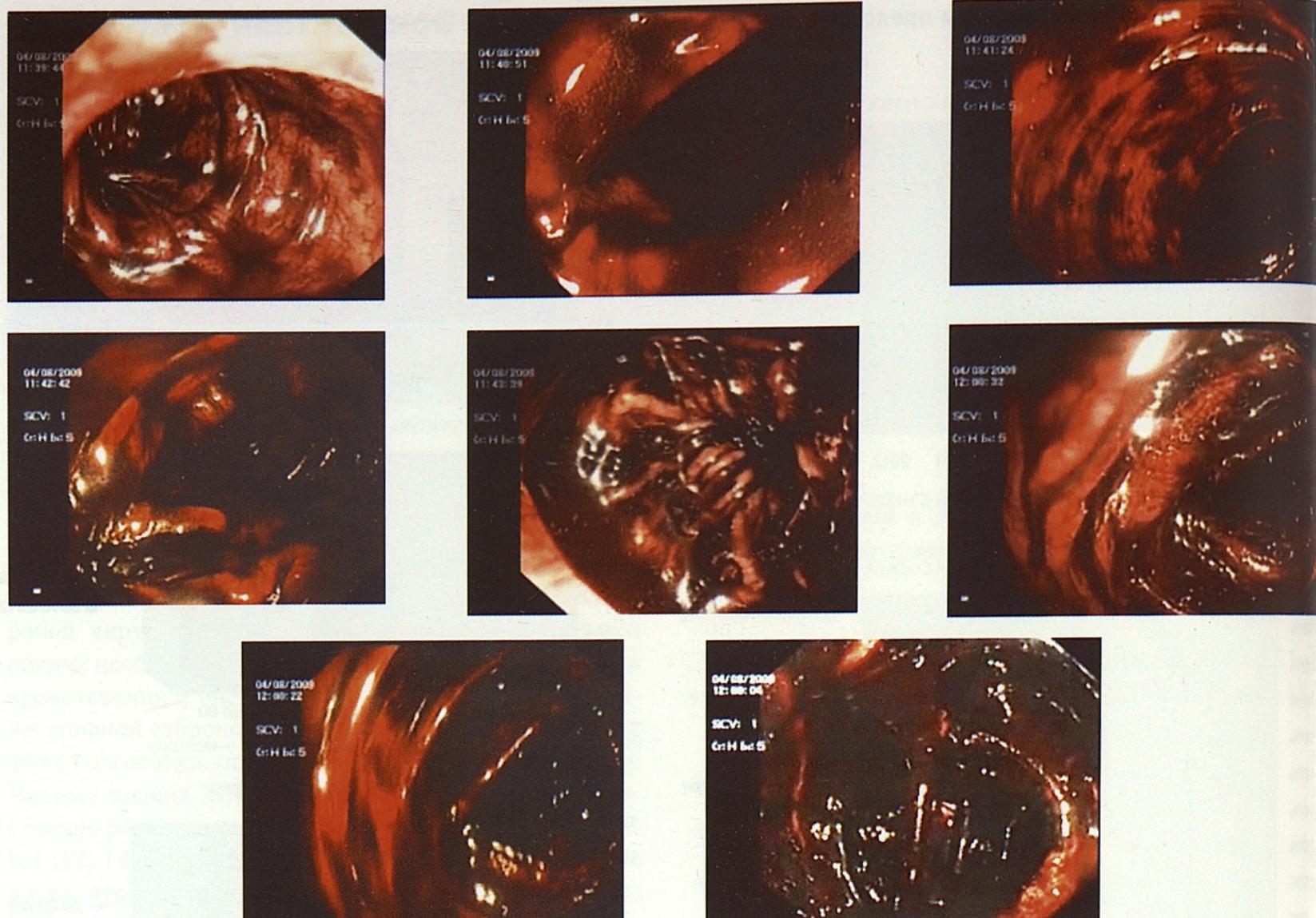


Рис. 9. Этапы тотальной ФКС без предварительной подготовки при тонкокишечном кровотечении



Рис. 10. Кровоточащий рак сигмы (ФКС без предварительной подготовки)

Необходимая протяженность осмотра толстой кишки в соответствии с выявленным уровнем источника кровотечения представлен на рисунках 12–13.

Осложнения отмечены в 1 случае: падение артериального давления до 70/40 мм.рт.ст. у женщины 65-летнего возраста, купировано без введения медикаментов. Выполнение рентгенографии тонкой кишки и ирригографии ни в одном случае не опровергло эндоскопического заключения.

ОБСУЖДЕНИЕ

Частота низких ЖКК стабильно возрастает [23]. Также известно, что с возрастом частота низких ЖКК увеличивается [11, 18]. Несмотря на то, что риск летальности при низких ЖКК невелик, смертность при таких кровотечениях остается высокой [21]. Более того, одним из предикторов смертности является пожилой возраст [19, 21]. Известно, что наиболее часто низкие ЖКК встречаются в возрасте 63–77 лет [1], но разные авторы приводят различные сведения о среднем возрасте таких больных и превалирующей роли пола [12, 14, 20, 21]. Анализ национальных баз данных показывает, что низкие ЖКК чаще встречаются у женщин – 51–57% [20, 21, 22, 23], или у мужчин – до 57% [11, 12, 14, 25]. По нашим данным, преобладала доля лиц старше 60 лет, но средний возраст мужчин оказался достоверно ниже женщин – 55 против 67 (рис. 1). Также в наших наблюдениях преобладали женщины. Возможно, что на роль пола влияют местные условия региона изучения проблемы. При анализе ежегодной обращаемости мы выявили стабильное

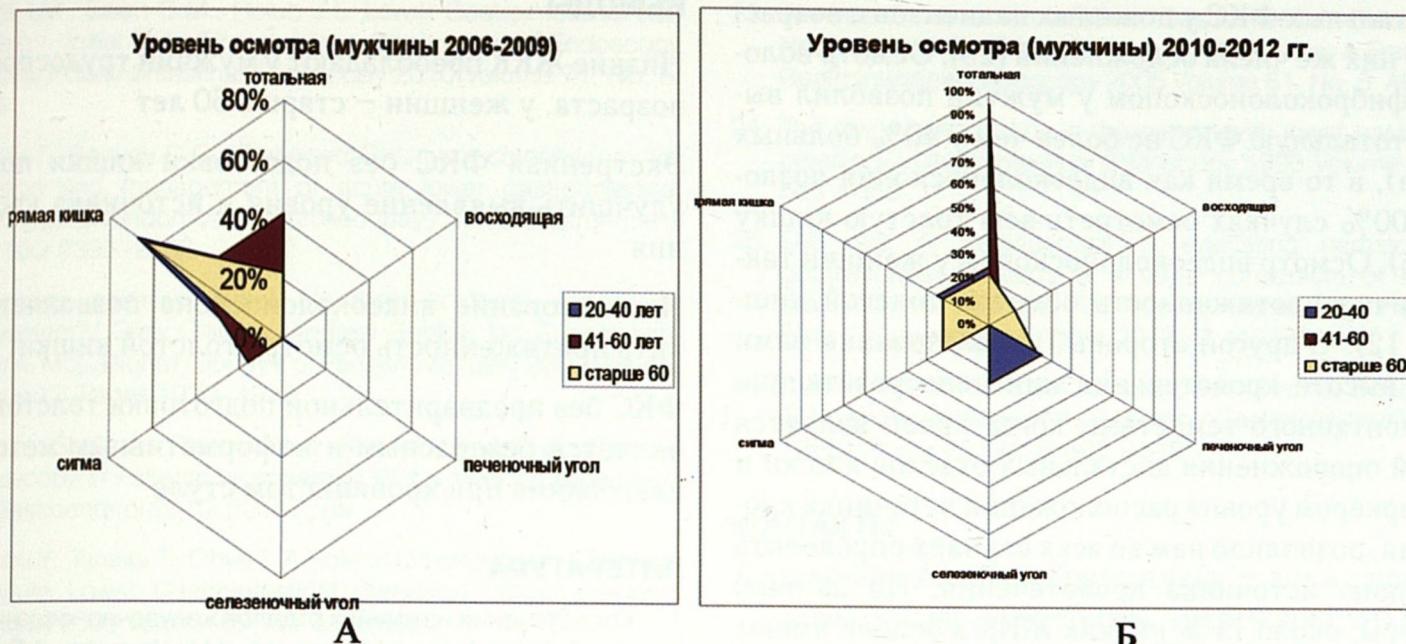


Рис. 11. Протяженность осмотра для выявления источника кровотечения у мужчин. А – 2006 – 2009 Б – 2010–2012

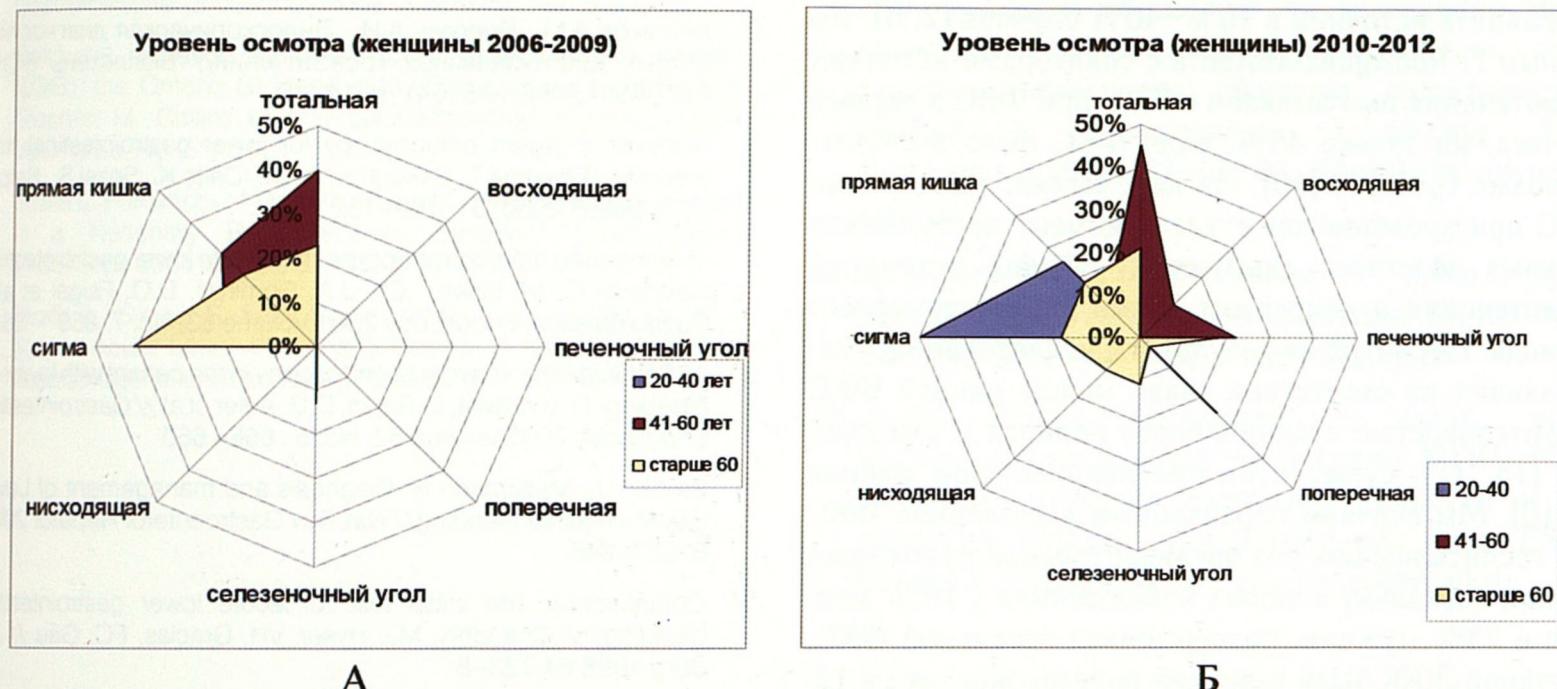


Рис. 12. Протяженность осмотра для выявления источника кровотечения у женщин. А – 2006–2009, Б – 2010–2012

число таких пациентов (рис. 3). В литературе мы не встретили сведений об изменении числа госпитализаций в зависимости от возраста по годам наблюдения. В наших случаях ежегодная возрастная структура женщин была одинаковой (рис. 4), а вот среди мужчин такой закономерности выявить не удалось (рис. 5). В отдельные годы преобладали молодые мужчины, в другие – пациенты старшего возраста (рис. 5). При оценке возрастной структуры больных в зависимости от пола и периода наблюдения достоверных различий мы не выявили (рис. 6–7). Характеристика возрастного состава пациентов с низкими ЖКК важна с позиций определения необходимости тотальной ФКС и локализации источников кровотечения. ФКС – лучшая диагностическая процедура при низких ЖКК, но момент ее выполнения остается спорным [10]. По большинству публикаций экстренная ФКС выпол-

няется в течение 12–24 часов после госпитализации и перорального лаважа [5, 6, 24]. В таких условиях тотальная ФКС выполняется в 65–95% случаев [14, 16, 25]. Однако, известен опыт выполнения ФКС без предварительной подготовки кишки [7, 26]. По нашим наблюдениям, имеются существенные отличия в частоте тотальной ФКС в зависимости от возраста (рис. 8). Наиболее часто тотальная ФКС выполнялась лицам трудоспособного возраста, а у пациентов моложе 20 и старше 60 лет такой потребности не возникало из-за расположения источника кровотечения в прямой или сигмовидной кишке. У пациентов старших возрастных групп, имевших сопутствующие заболевания, экстренная ФКС без предварительной подготовки позволяла существенно ограничить протяженность осмотра. Это совпадает с данными I.M. Gralnek с соавторами, отметившими существенно меньшее

число тотальных ФКС у пожилых пациентов с возрастанием у них же числа осложнений [25]. Осмотр волоконным фиброколоноскопом у мужчин позволил выполнить тотальную ФКС не более чем у 40% больных (рис. 11а), в то время как видеоколоноскопия позволяла в 100% случаях осмотреть всю толстую кишку (рис. 11б). Осмотр видеоколоноскопом у женщин также увеличил протяженность осмотра толстой кишки (рис. 12). С другой стороны, использование нами ФКС на высоте кровотечения или непосредственно после спонтанного гемостаза, когда кровь является причиной опорожнения дистальных отделов кишки и ярким маркером уровня расположения источника кровотечения, позволило нам во всех случаях определить локализацию источника кровотечения. По данным литературы, около 11% низких ЖКК в основе имеют источник кровотечения в верхних отделах ЖКТ [4, 5, 11], а ФКС в сроки от 12 часов до 3 суток не позволяют выявить источник в 10%–40% случаев [2, 5]. По данным F. Rodriguez-Moranta с соавторами источник кровотечения был выявлен в 67% при ФКС в первые 24 часа, но только 45%, если ФКС была выполнена позже ($p < 0,01$) [10]. На наш взгляд, выполнение ФКС при кровянистом стуле в момент поступления больных облегчает диагностику уровня источника кровотечения и сокращает время диагностического периода. Несмотря на результаты исследований, указывающих на отсутствие связи между ранней ФКС и длительностью стационарного периода и смертности [15, 17], существует противоположное мнение [5, 10]. Мы считаем оправданным выполнение ФКС при госпитализации без предварительной подготовки кишки, поскольку в наших наблюдениях у 10% женщин и 23% мужчин, подвергшихся тотальной ФКС, причиной ЖКК были язвенная болезнь желудка и 12-п.к. или тонкая кишка. Своевременно выполненная ФГДС у этих пациентов после тотальной ФКС позволила провести эффективный эндоскопический гемостаз и предупредить продолжающуюся кровопотерю при отсутствии тошноты и рвоты кровью. Кроме того, около 20% источников низких ЖКК расположены в аноректальной зоне [13]. Как указывают Ohyama T. С соавторами, даже при адекватном проведении ФКС, частота случаев неполного выполнения колоноскопии после подготовки может достигать 45% случаев [3]. В то же время, эффективность выявления источника кровотечения после подготовки кишки зависит от полноты осмотра: в 70% при тотальной, в 45% при неполной ФКС ($p < 0,001$) [16]. При экстренном выполнении ФКС протяженность осмотра определяется изначально уровнем источника кровотечения, проксимальнее которого кишка содержит кал без примеси крови.

ВЫВОДЫ

Низкие ЖКК преобладают у мужчин трудоспособного возраста, у женщин – старше 60 лет

Экстренная ФКС без подготовки кишки позволяет улучшить выявление уровня и источника кровотечения

Использование видеоколоноскопа позволяет увеличить протяженность осмотра толстой кишки

ФКС без предварительной подготовки толстой кишки является безопасным и информативным методом исследования при кровянистом стуле

ЛИТЕРАТУРА

1. Кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта/ С.Г.Штофин, А.М.Чеканов, М.Н.Чеканов, А.В.Юданов// Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2011 Том IV, №3, с.605 – 611
2. Хантаков А.М., Брегель А.И. Эндоскопическая диагностика острых толстокишечных кровотечений// Бюллетень ВСНЦ СО РАМН 2008, №6 (64) , с. 14–15
3. Analysis of urgent colonoscopy for lower gastrointestinal tract bleeding /Ohyama T., Sakurai Y., Ito M., Daito K., Sezai S., Sato Y. // Digestion 2000; 61: 189–192
4. An annotated algorithmic approach to acute lower gastrointestinal bleeding/ G. M. Eisen, Ch. J.A. Dominitz, D.O. Faigel et al./ Gastrointestinal Endoscopy 2001 Volume 53, No. 7: 859 – 863
5. ASGE Guideline: the role of endoscopy in the patient with lower-GI bleeding/R. E. Davila, E. Rajan, D.G. Adler et al./// Gastrointestinal Endoscopy 2005 Volume 62, No. 5 : 656– 660
6. Barnert J., Messmann H. Diagnosis and management of Lower gastrointestinal bleeding// Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2009; 6: 637–646
7. Colonoscopy: the initial test for acute lower gastrointestinal bleeding/ V. Chaudhry, MJ. Hyser, VH. Gracias, FC. Gau // Am Surg 1998;64:723–8
8. Colonoscopy Predicts the Risk of Recurrence in Lower Gastrointestinal Bleeding/ A. Berrozpe, F. Rodriguez-Moranta, J.M. Botargues et al./// Gastrointestinal Endoscopy 2010 Volume 71, No. 5: AB194
9. Colonoscopy: the initial test for acute lower gastrointestinal bleeding/ V. Chaudhry, MJ. Hyser, VH. Gracias, FC. Gau. // Am Surg 1998;64:723–8
10. Colonoscopy Delay in Lower Gastrointestinal Bleeding: Influence On Diagnostic Accuracy, Endoscopic Therapy and Hospital Stay/ F. Rodriguez-Moranta, A. Berrozpe, J. M. Botargues et al// Gastrointestinal Endoscopy 2007 Volume 65, No. 5: AB261
11. Elta G.H. Urgent colonoscopy for acute lower-GI Bleeding// Gastrointestinal Endoscopy 2004 Volume 59, No. 3: 402 – 408
12. Gabr M., Zaghlol K., Ezzat S. Early Colonoscopy in the Evaluation of Acute Lower Gastrointestinal Bleeding in Nile Delta: A 5-Year Retrospective Study// Gastrointestinal Endoscopy 2012 Volume 75, No. 4s: AB416
13. Gayer C., Chino A., Lucas C. Acute lower gastrointestinal bleeding in 1,112 patients admitted to an urban emergency medical center. Surgery 2009; 146: 600–606

14. Gralnek I.M., Eisen G.M., Holub J.L. Lower Gastrointestinal (GI) Bleeding – Initial Data From a Large Consortium of Endoscopy Practices// Gastrointestinal Endoscopy 2010 Volume 71, No. 5: AB246
15. Green B.T., Rockey D.C., Portwood G. Urgent colonoscopy for evaluation and management of acute lower gastrointestinal hemorrhage: a randomized controlled trial//. Am J Gastroenterol 2005; 100: 2395–2402
16. Investigating painless rectal bleeding—is there scope for improvement?/ Glen Clarkea, Andrew Robba, Ian Sugarmanb, William A. McCalliona// Journal of Pediatric Surgery 2005 Volume 40, Issue 12, Pages 1920–1922
17. Laine L., Shah A. Randomized Trial of Urgent vs. Elective Colonoscopy in Patients Hospitalized With Lower GI Bleeding// Am J Gastroenterol 2010; 20 P. Epub
18. Okanobu Y., Tanaka T., Ohya T. A Role of Colonoscopy in Patients with Acute Lower Gastrointestinal Bleeding// Gastrointestinal Endoscopy 2009 Volume 69, No. 5: AB302
19. Outcome of elderly patients hospitalized with acute lower GI bleeding/A.T. Catanzaro, G.S. Cooper, A. Chak et al. // Gastrointestinal Endoscopy 2002 Volume 55, No. 5: AB121
20. Resource utilization for acute lower gastrointestinal bleeding (LGIB): the Ontario GI bleed study/Dan Comay, Amiram Gafni, Stephen M. Collins et al./// Gastrointestinal Endoscopy 2001 Volume 53, No. 5: AB181
21. Strate L. Predictors of Mortality in Acute Lower Intestinal Bleeding in a Nationally Representative Sample// Gastrointestinal Endoscopy 2005 Volume 61, No. 5: AB84
22. Strate L., Syngal S. Early Colonoscopy and Hospital Length of Stay in Acute Lower Intestinal Bleeding: A Nationwide Study// Gastrointestinal Endoscopy 2005 Volume 61, No. 5: AB84
23. Ten Year Study of Acute Lower Gastrointestinal Bleeding in the North East of Scotland/ B. Vijayan, D. Armour, A. Fraser et al.// Gastrointestinal Endoscopy 2005 Volume 61, No. 5: AB85
24. The role of endoscopy In the patient with lower gastrointestinal bleeding// Gastrointestinal Endoscopy 1998 Volume 48, No. 6: 685 – 688
25. The role of colonoscopy in evaluating hematochezia: a populationbased study in a large consortium of endoscopy practices/I.M. Gralnek, O. Ron-Tal Fisher, J.L. Holub, G.M. Eisen// Gastrointest Endosc 2013;77:410–8
26. Zuckerman G, Prakash C. Acute lower intestinal bleeding. Part I: Clinical presentation and diagnosis// Gastrointestinal Endoscopy 1998 Volume 48, No. 6: 606 – 616

КОНТАКТЫ

Короткевич Алексей Григорьевич – д.м.н., профессор, заведующий отделением эндоскопии МГКБ №29 г. Новокузнецка, действительный член ASGE, EAES, WAB, Российского эндоскопического общества, ведущий специалист по эндоскопии Новокузнецкого управления здравоохранения, председатель областного общества эндоскопистов. 654018 г. Новокузнецк аб/ящ 7526 Тел. раб. (3843) 53–61–03, 53–60–96 alkorot@mail.ru

Захарченко Елена Викторовна – к.м.н., врач эндоскопист отделения эндоскопии МГКБ №29 Россия г. Новокузнецк. elsereb@mail.ru

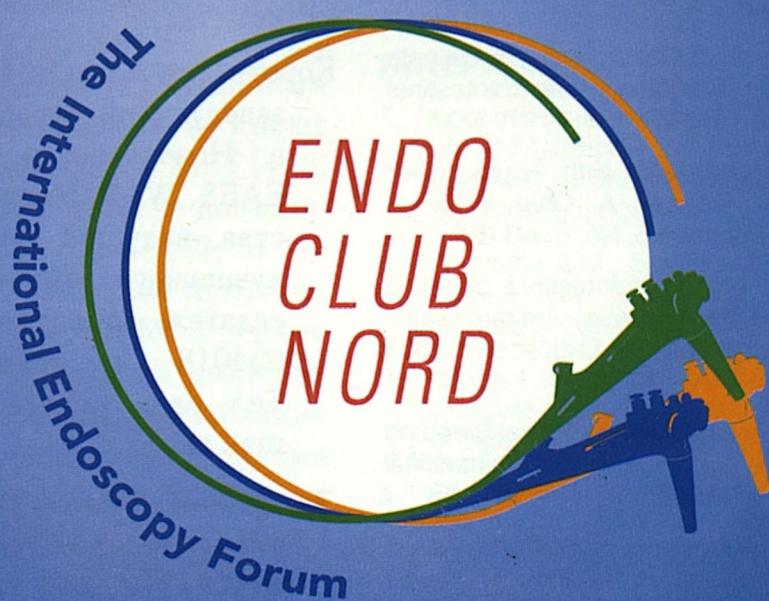
Леонтьев Антон Сергеевич – к.м.н., врач эндоскопист отделения эндоскопии МГКБ №29, ассистент кафедры хирургии, урологии и эндоскопии ГИУВа, действительный член ESGE Россия г. Новокузнецк, antoha.leo@mail.ru

The result of urgent koloscopy in lower gi bleedings

A.G. Korotkevich, E.V. Zakharchenko, A.S. Leontyev

State Clinical Hospital №29, Novokuznetsk

ENDOSCOPY LIVE • CONGRESS LANGUAGES ENGLISH/GERMAN
SIMULTANEOUS TRANSLATION ENGLISH/GERMAN/RUSSIAN



November 7 and 8, 2014

Congress Center Hamburg

President: Siegbert Faiss

Thomas Rösch
Friedrich Hagenmüller

www.endoclubnord.com

Ленинградская областная клиническая больница
Российское эндоскопическое общество
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова (МАПО)

II МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ОСЛОЖНЕНИЯ, ОШИБКИ И НЕУДАЧИ В ЭНДОСКОПИИ

9–10 декабря 2014 года, Санкт-Петербург

Глубокоуважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в работе научно-практической конференции, посвященной вопросам профилактики, причинам развития и возможностям устранения осложнений в работе эндоскопической службы, а также ошибкам и неудачам

ПЛАНИРУЕТСЯ ОСВЕЩЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ВОПРОСОВ:

- Осложнения методик эндоскопической диагностики (гастроскопии, колоноскопии, дуоденоскопии).
- Осложнения и неудачи современных методик эндоскопического малоинвазивного лечения.
- Лечебно-диагностическая эндоскопия панкреато-билиарной системы, осложнения (ЭРХПГ, ЭПСТ, эндосонографии (EUS)).
- Особенности современной колоноскопии, ее осложнения.

В ПРОГРАММЕ КОНФЕРЕНЦИИ:

9 декабря (в большом зале)

- Лекции ведущих отечественных и зарубежных (Германия) специалистов.
- Видеопрезентации клинических наблюдений осложнений в эндоскопии.

10 декабря (по предварительной регистрации – группа 20 человек)

Обучающий курс по безопасному и эффективному использованию электрохирургического оборудования и эндоскопических инструментов, прямые трансляции из операционных, тренинг на манекенах.

Выражаем уверенность, что Ваше участие в обсуждении проблем, связанных с рисками современной эндоскопии и обмен опытом окажут положительное влияние на освоение и совершенствование малоинвазивных методик, а также, приведет к улучшению диагностики и результатов лечения больных

При поддержке компаний MTW, Olympus

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: Санкт-Петербург, Ленинградская областная клиническая больница, актовый зал, пр. Луначарского, 49

КОНТАКТЫ: врач эндоскопического отделения Ленинградской областной клинической больницы Людмила Михайловна Мяукина тел/факс 8(812) 592-30-71, Александр Гудков «Делга-Меди»

