

## Ретрофлексия в ректоскопии: рутинное исследование или метод выбора

**Д.А. Черных, Л.М. Мяукина, Е.Н. Камалов**

ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница, Санкт-Петербург

## Retroflexion in rectoscopy: a routine study or method of choice

**D.A. Chernikh, L.M. Mayukina, E.N. Kamalov**

Ретрофлексия является рутинным исследованием во время колоноскопии [1] и принята специалистами, как существенный компонент для выявления неоплазии [1]. Однако, существенно ли увеличивает ретрофлексия выявляемость новообразований при колоноскопии является вопросом спорным [2–4]. По данным Abdo Saad et al. (2008) данный показатель равен 1 %. Кроме того, ретрофлексия в прямой кишке может вызвать значительный дискомфорт у пациентов и привести к перфорации стенки (по некоторым данным до 10% колоноскопий) [5, 6].

Основные задачи ретрофлексии при колоноскопии [5]:

1. Улучшение обнаружения новообразования
2. Удаление поражений, которые плохо доступны в прямой проекции эндоскопа

Необходимость в ретрофлексии возникла в связи с наличием в толстой кишке «слепых» зон, недоступных для осмотра в прямой проекции эндоскопа (рис. 1) [7]. В настоящее время осмотр труднодоступных зон и поиск новообразований возможен при соблюдении и использовании следующих методик [8]:

1. Хорошая подготовка толстой кишки
2. Хромоскопия
3. Медикаментозное релаксация – снижение тонауса стенки
4. Акваколоноскопия
5. Использование дистального колпачка (видео 1)
6. Использование EndoCuff® (видео 2), EndoVision® and EndoRings®
7. HDTV
8. NBI/FICE, i-Scan
9. ZOOM
10. Ретрофлексия.

### КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Представляем клиническое наблюдение перфорации стенки прямой кишки. Пациентке 71 года, находившейся на лечении в гастроэнтерологическом отделении Ленинградской областной клинической больницы с диагнозом «Синдром раздражённой кишки с запорами», выполнена колоноскопия. После попытки ре-

трофлексии в прямой кишке выявлено перфоративное отверстие размером 1,5x0,8 см на правой стенке, через которое визуализируется параректальная клетчатка (видео 3). Перфорация выполнена боковым краем дистальной части эндоскопа Olympus CF-Q1602L 200M. В связи с рутинным характером исследования видеозапись вмешательства не производилась. Важно отметить, что диагностическая колоноскопия в нашей клинике проводится при инсуфляции воздуха. Выполнено клипирование перфоративного отверстия методикой сведения сначала средней части отверстия, затем его боковых отделов. Использовано 6 клипсов Olympus NX-610-090L. Отмечено полное закрытие дефекта. В конце операции в просвет кишки введен 0,5% раствор индигокарминового для выявления места перфорации при возможном хирургическом вмешательстве.

Непосредственно после клипирования выполнена обзорная рентгенография брюшной полости. По данным рентгенограммы следы свободного газа в брюшной полости (рис. 2, 3). При рентгенографии брюшной полости через 6 часов признаки свободного газа сохраняются (рис. 4). Стоит отметить, что по нашему мнению границы перфорации проходили внебрюшинно, в параректальную клетчатку на уровне среднеампулярного отдела прямой кишки, на глубину не более 1,5 см.

Несмотря на возможность динамического наблюдения пациентки с контролем клинического анализа крови, температуры тела и других показателей через 7 часов после перфорации выполнено хирургическое вмешательство. При лапаротомии в брюшной полости незначительное количество серозной жидкости. После мобилизации прямой кишки визуализировано место перфорации. В связи с сомнениями в герметичности закрытия дефекта клипсами, выполнено погружение стенки в месте поражения двухрядным швом. Дополнительно сформирована разгрузочная колостома на уровне сигмовидной кишки.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациентка выписана на 5-е сутки. Через 3 месяца в плановом порядке выполнена операция закрытия колостомы.

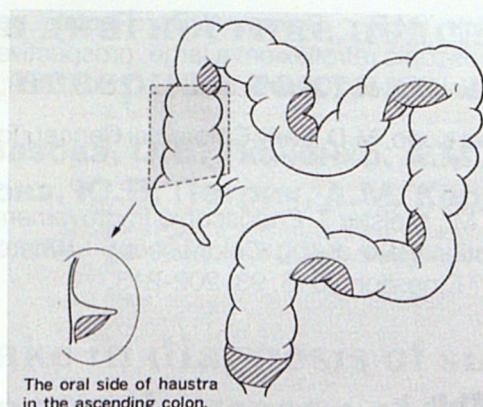


Рис. 1. «Слепые» зоны при колоноскопии в прямой проекции



Рис. 2. Рентгенограмма малого таза через 30 минут после перфорации прямой кишки.



Рис. 3. Рентгенограмма брюшной полости через 30 минут после перфорации прямой кишки.

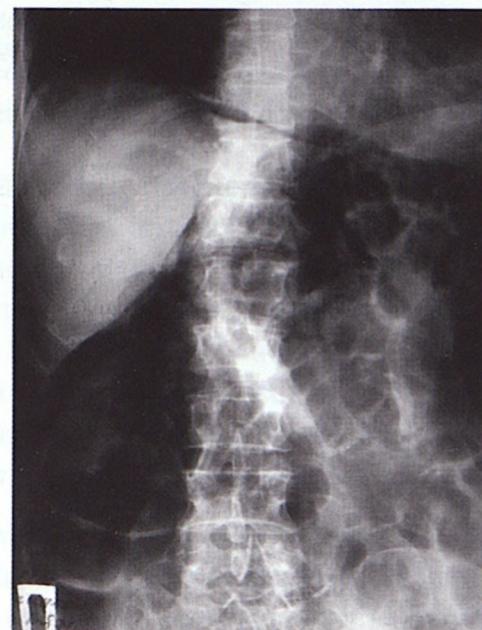


Рис. 4. Рентгенограмма брюшной полости через 6 часов после перфорации прямой кишки.

## ВЫВОДЫ

1. Ретрофлексия является дополнительным шагом уточняющей диагностики толстой кишки.
2. Ретрофлексия должна выполняться при невозможности адекватно осмотреть прямую (слепую) кишку в прямой проекции.
3. Ретрофлексия должна выполняться при соблюдении следующих правил (видео 4):



Видео 1 (QR-код).  
Использование дистального колпачка для осмотра прямой кишки



Видео 2 (QR-код). Использование EndoCuff® для осмотра прямой кишки



Видео 3 (QR-код).  
Перфорация прямой кишки. Закрытие дефекта клипированием



Видео 4 (QR-код).  
Ретрофлексия в прямой кише

- Использование колоноскопа с максимальным углом осмотра / сохранённой гибкостью
- Отсутствие повышенной ранимости и сниженной эластичности слизистой оболочки толстой кишки
- Прекращение попытки ретрофлексии при сопротивлении стенок кишки.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Waye J.D. What constitutes a total colonoscopy? Am. J. Gastroenterol. 1999; 94: 1429-1430.
2. Hanson J.M., Atkin W.S., Cunliffe W.J., Browell D.A., Griffith C.D., Varma J.S., Plusa S.M. Rectal retroflexion: an essential part of lower gastrointestinal endoscopic examination. Dis. Colon Rectum 2001; 44: 1706-1708.
3. Varadarajulu S., Ramsey W.H. Utility of retroflexion in lower gastrointestinal endoscopy. J. Clin. Gastroenterol. 2001; 32: 235-237.
4. Abdo Saad, Douglas Kevin Rex. Routine rectal retroflexion during colonoscopy has a low yield for neoplasia. World J. Gastroenterol. 2008 Nov 14; 14(42): 6503-6505.
5. Douglas K. Rex, Krischna C. Vemulapalli Retroflexion in Colonoscopy: Why? Where? When? How? What Value? Gastroenterology 2013; 144: 882-883.
6. Quallick M.R., Brown W.R. Rectal perforation during colonoscopic retroflexion: a large, prospective experience in an academic center. Gastrointest. Endosc. 2009; 69: 960-963.
7. Shin-ei Kudo, M.D. Early Colorectal Cancer. Tokyo: Igaku-Shoin, 1996.
8. Floer M., Meister T. Endoscopic Improvement of the Adenoma Detection Rate during Colonoscopy - Where Do We Stand in 2015? Digestion 2016; 93: 202-213.

**КОНТАКТЫ**

Черных Дмитрий Андреевич – врач-эндоскопист  
ГБУЗ Ленинградская областная клиническая  
больница, отделение эндоскопии +79052809615  
cher\_da@mail.ru