

## **Эндоскопическая диагностика и лечение толстокишечных кровотечений в отделениях реанимации и интенсивной терапии.**

Великанов Е.В., ведущий научный сотрудник эндоскопического отделения,  
Мечева Л.В., м.н.с. эндоскопического отделения  
ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского»  
г. Москва.

**Актуальность.** По данным различных авторов частота кровотечений из нижних отделов пищеварительного тракта, как причины госпитализации, составляет порядка 20 – 30 случаев на 100 000 взрослого населения в год. Причинами толстокишечных кровотечений (ТКК) наиболее часто являются: дивертикулез, артериовенозные мальформации, ишемический колит, воспалительные заболевания толстой кишки (ВЗТК), инфекционные колиты, неоплазии. Так же встречаются постполипэктомические кровотечения, кровотечения из области анастомозов после оперативных вмешательств и после проведения лучевой терапии. Интенсивность их может варьировать от умеренной до массивной кровопотери, угрожающей жизни пациента. У пациентов, находящихся на лечении в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), риск массивной кровопотери сопряжен с коагулопатией, формирующейся на фоне осложненного течения основного заболевания либо его декомпенсации. Коагулопатия может быть обусловлена многими факторами. Например, массивной кровопотерей во время предшествующего оперативного вмешательства, в том числе после многократных повторных операций, ассоциирована с применением антикоагулянтов и дезагрегантов у пациентов, которым выполняли протезирование клапанов, реконструктивно-пластические операции на магистральных артериях и аорте, наблюдается при септических состояниях. К вынужденной гипокоагуляции прибегают при необходимости проведения экстракорпоральных методов лечения при выраженной почечной и печеночной недостаточности. Кровотечения из толстой кишки (ТК), возникающие на фоне таких состояний, являются сложными для эндоскопической диагностики и лечения ввиду тяжести состояния пациента. Продолжительность эндоскопических исследований и манипуляций у данного контингента больных значительно ограничена.

**Цель работы:** оценить возможности диагностической колоноскопии и эндоскопического гемостаза при кровотечениях из толстой кишки у пациентов из отделений реанимации и интенсивной терапии.

**Материалы и методы.** В ОРИТ ГБУЗ МО МОНИКИ было выполнено 22 срочных колоноскопий (КС) для диагностики кровотечения, проведения эндоскопического гемостаза и определения тактики дальнейшего лечения. В данной работе нами не рассматривались результаты плановых колоноскопий, проведенных с целью диагностики патологии ТК при

хронической анемии, ректальных кровотечениях, ранее диагностированных воспалительных заболеваниях ТК и других состояниях, обуславливающих кровопотерю менее 200 мл в сутки. Так же в исследование не включены пациенты с осложненным течением полипэктомии ТК и случаи, в которых источник кровотечения был локализован в прямой кишке (неоплазии, варикозные вены прямой кишки). Исключили пациентов, у которых источник кровопотери был выявлен только в верхних отделах пищеварительного тракта (ВОПТ).

**Результаты.** Среди 22 пациентов в возрасте от 25 до 81 года (среднее значение возраста составило 57,7 лет +/- 2,9лет), было 13 мужчин и 9 женщин. Эндоскопические исследования у всех пациентов были выполнены в отделениях реанимации (ОРИТ), куда пациенты были переведены из других отделений института или других ЛПУ Московской области. Продолжительность пребывания в ОРИТ – от 1 до 53 суток, в среднем 13,6+/-3,2 суток. Количество койко-дней, проведенных в стационаре у данных больных варьировало от 5 до 75 и в среднем составило 35,1+/-3,9 дней. Количество койко-дней, проведенных в стационаре до появления симптомов ТКК составило от 1 до 33 койко-дней, в среднем – 13,5+/-2,2 койко-дней. Состояние всех пациентов с развившимися кровотечениями из ТК, которым выполнили срочные эндоскопические исследования, расценивалось как тяжелое, определялось основным заболеванием, в ряде случаев отягощалось массивной кровопотерей.

У 6 пациентов срочная КС была проведена в первые 6 часов от момента диагностики ТКК, у 11 пациентов от выявления признаков ТКК до исследования прошло более 6 но менее 12 часов, у 6 – более 12, но менее 24 часов. Без проведения подготовки было выполнено 5 КС, очистительными клизмами готовили 17 пациентов, пероральный прием препаратов был проведен у 4 больных.

Уровень осмотра ограничивался в основном из-за тяжелого и крайне тяжелого состояния пациентов, с учетом того, что исследования проводились в условиях недостаточной подготовки или вовсе без нее. Тотальная КС была выполнена у 9 больных, неполный осмотр – у 13, в т.ч. ректосигмоскопия у – 10 больных. У 2 исследование было прервано в связи с критическим ухудшением соматического состояния. У 4 диагностическую и лечебную КС завершали до достижения купола слепой кишки в связи с риском ятрогенного повреждения (перфорации) при девертикулезе (1 пациент), гангрене ТК (1 пациент), ишемическом колите с обширными зонами некроза стенки ТК (2 пациента). У 6 пациентов тотальную КС не выполнили в связи с отсутствием жизненно важной необходимости дальнейшего осмотра при выявлении очевидных признаков патологии, вызвавшей кровотечение. У 1 пациента с аденокарциномой, суживающей просвет сигмовидной ободочной кишки, колоноскоп был проведен только до ректосигмоидного перехода, где находилась опухоль.

Выявить источник кровотечения в при эндоскопическом исследовании удалось у 21 больного из 22. У 1 пациента инвазия злокачественной опухоли в ТК, ставшая причиной ТКК, была диагностирована лишь при аутопсии. Количество проведенных диагностических эндоскопических исследований варьировало от 1 до 3. Многократные исследования проводились в случаях диагностики ангиодисплазий у 2 пациентов и при кровотечении из аррозированного сосуда устья дивертикула у 1 пациента, что обусловлено трудностями эндоскопической верификации данной патологии. У 5 пациентов повторные КС были назначены по причине неудовлетворительных результатов подготовки к предыдущим исследованиям. Получение биоптатов при КС для морфологической верификации выявленных изменений было выполнено у 15 больных.

Таблица 1. Причины ТКК с учетом оценки результатов гистологического исследования.

| Заболевание                         | Кол-во пациентов |
|-------------------------------------|------------------|
| Дивертикулит                        | 1                |
| ВЗТК (НЯК)                          | 1                |
| Псевдомембранозный колит            | 5                |
| Ишемический колит                   | 5                |
| Язвы и эрозии ТК при НПВС-колопатии | 1                |
| Ангиодисплазии                      | 2                |
| Гангрена ТК                         | 2                |
| Злокачественные новообразования     | 5                |

По интенсивности ТКК подразделялись на капиллярные (у 14 пациентов) и профузные (у 8). При анализе факторов риска кровотечений и рецидивов было выявлено, что на фоне введения антикоагулянтов, дезагрегантов и фибринолитиков развилось 9 ТКК. У 11 пациентов с синдромами острой почечной и/или печеночной недостаточности, ТКК были ассоциированы с проведением экстракорпоральных методов гемокоррекции и детоксикации и/или заместительной почечной терапии. У 2 пациентов с миелодиспластическими синдромами была выраженная тромбоцитопения. У 10 пациентов ТКК появлялись на фоне коагулопатии, подтвержденной данными лабораторных исследований, в том числе, у 3 был диагностирован синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС). Такие нарушения были отмечены в случае предшествующих продолжительных и осложненных массивной кровопотерей оперативных вмешательств (у 4 пациентов), при сепсисе (у 1 пациента), при сопутствующих кровотечениях из ВОПТ (у 6 пациентов), из трахеобронхиального дерева (1 больная). У 3 пациентов в анамнезе до эпизода ТКК была длительная хроническая кровопотеря.

Для диагностики источника кровотечения и дифференциальной диагностики кровотечений из верхних и нижних отделов ЖКТ так же выполняли эзофагогастродуоденоскопию. У 15 пациентов были выявлены сопутствующие эрозивно-язвенные поражения верхних отделов ЖКТ, из них у 9 – с признаками состоявшегося или

продолжающегося кровотечения – проведен эндоскопический гемостаз. У 3 пациентов кровотечение из ВОПТ по интенсивности и объему значительно превышало кровопотерю из источников, локализованных в ТК. Массивная кровопотеря одновременно из эрозивно-язвенных дефектов и верхних и нижних отделов ЖКТ было у 1 больного.

Эндогемостаз был выполнен у 21 пациента. Для 3 неоперабельных проведение эндоскопического гемостаза для купирования ТКК было методом выбора. Для локальных источников кровопотери (ангиодисплазии и аррозированный сосуд дивертикула ТК) использовали клипирование (1 пациент) и комбинированный эндогемостаз «Гемоблок» + клипирование (2 больных). Во всех трех случаях рецидива кровотечения не отмечено.

В случае выявления обширной кровоточащей поверхности проводили ее орошение препаратом «Гемоблок» (15 больных), эндоскопическое распыление гемостатических порошков «Эндоклот» - у 1 и «Желпластан» у 2 больных. В результате, успешная безрецидивная остановка диффузных ТКК была достигнута у 9 пациентов (у 6 препаратом «Гемоблок», у 2 – «Желпластан»). У 4 пациентов применение препарата «Гемоблок» позволило остановить ТКК, стабилизировать состояние пациентов, подготовить и успешно провести оперативное лечение по жизненным показаниям в объеме субтотальной колэктомии и гемиколэктомии. У 6 больных на фоне ДВС и коагулопатии при сомнительном прогнозе течения основного заболевания ТКК рецидивировали неоднократно, что требовало повторных проведенных лечебных эндоскопических вмешательств. Во всех случаях при повторных КС проводили орошение кровоточащих дефектов «Гемоблоком», сводя к минимуму интенсивность и объем кровопотери.

**Выводы.** Эндоскопическая диагностика и лечение ТКК у пациентов ОРИТ относится к числу сложных лечебных мероприятий, требующих специальной подготовки, большого опыта работы. Комплексное применение различных методик эндоскопического гемостаза было наиболее эффективным. Метод эндоскопического клипирования мог быть использован только для локальных источников кровотечения. При лечебных КС в условиях ОРИТ большое значение имела техническая простота применения гемостатических средств. Эндоскопическое распыление порошкообразных гемостатиков у данного контингента больных было относительно эффективным, но ограниченным в применении из-за технического неудобства нанесения. Наиболее удобным для эндоскопического гемостаза на большой площади поражения ТК являлся препарат «Гемоблок». Успех эндоскопического гемостаза во многом зависел от адекватного и патогенетически обоснованного консервативного лечения, направленного на устранение декомпенсации свертывающей системы крови.