

Гастроинтестинальный рак (не колоректальный): хирургическое лечение

К вопросу о диагностике источников кровотечения в желудочно-кишечном тракте посредством видеокапсульной эндоскопии

Творогов Дмитрий Анатольевич^{1,2}, Распереза Дмитрий Викторович¹, Жарков Александр Вячеславович²

Место работы:

¹ФГБУЗ КБ №122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России, Санкт-Петербург, ²ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

E-mail:

tvorogvd@bk.ru, ra_dim@mail.ru, al.zharkov@bk.ru

Ключевые слова:

желудочно-кишечные кровотечения, качество медицинской помощи

Актуальность:

Ценность внутриспросветных эндоскопических манипуляций (ВпЭм) на желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) посредством волоконно-оптических технологий значима, как в плане диагностики, так и лечебного воздействия. Однако, применение ВпЭм для выявления патологии тонкой кишки (ТК) составляет проблему. В этом плане публикации специалистов об эффективном применении видеокапсульной эндоскопии (ВКЭ) при верификации источников кровотечения ЖКТ привлекают особое внимание [1,2].

Цель:

оценить технологию ВКЭ в плане улучшения качества диагностики источников кровотечения, локализующихся в кишечнике.

Материалы и методы:

Результаты ВКЭ ЖКТ проанализированы при обследовании пациентов СПб Клинич. Б-цы №122 им. Л. Г. Соколова (351 чел.). Видеокапсула (ВК) EC type 1 «Olympus» – одноразово проглатывалась больным. В процессе движения ВК по ЖКТ осуществлялась видеосъемка. У всех пациентов констатировано состояние – анемии. В 44 наблюдениях заподозрено «скрытое» кровотечение, обусловленное патологией ЖКТ. В 143 случаях отмечались неинтенсивные боли в животе, а 28 наблюдениях признаки частичной кишечной непроходимости. В 75 наблюдениях подозревалась болезнь Крона. В 89 случаях ВКЭ проводилась из-за подозрения на возможную наследственную предрасположенность пациентов к онкопроцессам. Перед ВКЭ посредством

ВпЭм всегда обследовались визуализируемые отделы ЖКТ. Подготовка больных к ВКЭ проводилась как при колоноскопии.

Результаты:

Внутриспросветное строение ТК полноценно оценено у 337 из 351 пациентов. В 14 случаях ВКЭ выполнена лишь отчасти из-за затруднений продвижения ВК в зонах pylorus (8 чел.) и межкишечных соустьев (6 чел.). Без задержки ВК прошла зону илеоцекального отдела у 343 пациентов. Эвакуация ВК по ТК в среднем продолжалась 313,3+111,2 мин. Активное поступление крови в просвет ТК верифицировалось в 21 случае из 44 (в 10 наблюдениях из аденокарциномы и в 11 – из лейомиосаркомы). В 9 случаях источником ЖКК, манифестировавшихся анемией, оказались эрозивно-язвенные формы изменения терминальной части ТК, обусловленные болезнью Крона и циррозом печени. В 14 наблюдениях выявлены бессимптомные ангиодисплазии слизистой оболочки ТК – потенциальные источники ЖКК.

Выводы:

1. Минимальноинвазивная методика ВКЭ в плане верификации источников ЖКК – ценное, высокоинформативное исследование. 2. Использование ВКЭ позволяет существенно повышать качество обследования при ЖКК у пациентов с высоким риском проведения операции.

Список литературы:

1. Франкис Р., Льюис Б.С., Мишкин Д.С. Капсульная эндоскопия понятным языком. Федорова Е.Д., Иванова Е.В., ред. М.: Практическая Медицина; 2012 2. Neumann H., Fry L.C., Neurath M.F. Review article on current applications and future concepts of capsule endoscopy. Digestion. 2013; 87: 91—9.