

Н.М. Галимов², И.И. Хидиятов¹, Г.Т. Гумерова¹, Г.Р. Бадыхова²
**ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ
 КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ЕДИНИЧНЫХ ДИВЕРТИКУЛОВ СИГМОВИДНОЙ
 КИШКИ НА ФОНЕ ПРИЁМА АНТИКОАГУЛЯНТОВ:
 СООБЩЕНИЕ О ДВУХ СЛУЧАЯХ**

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница № 13», г. Уфа

Кровотечение из дивертикулов ободочной кишки является наиболее частой причиной нижних желудочно-кишечных кровотечений. Большинство исследований свидетельствуют о повышенном риске кровотечений при правостороннем и тотальном поражении дивертикулёзом ободочной кишки. В данном сообщении описаны два случая кровотечений из единичных дивертикулов сигмовидной кишки у пожилых пациентов с отягощенным коморбидным статусом на фоне приема антикоагулянтов и нестероидных противовоспалительных средств. Проведена оценка эффективности гемостаза с помощью тампонирования дивертикулов гемостатическим материалом «Surgicell Fibrillar» и превентивной аргон-плазменной коагуляцией перидивертикулярных сосудов. Эффективной явилась активная тактика с применением первичного эндоскопического гемостаза способом тампонирования дивертикулов гемостатическим материалом «Surgicell Fibrillar». В последующем проведенная превентивная коагуляция перидивертикулярных сосудов позволила избежать рецидивов дивертикулярных кровотечений, нередко требующих комплексной интенсивной терапии и возможного оперативного вмешательства.

Ключевые слова: толстая кишка, дивертикулы, кровотечение, гемостаз.

N.M. Galimov, I.I. Khidiyatov, G.T. Gumerova, G.R. Badykova
**ENDOSCOPIC HEMOSTASIS IN PATIENTS WITH RECURRENT BLEEDING
 FROM OCCASIONAL DIVERTICULA OF THE SIGMOID COLON
 ASSOCIATED WITH ANTICOAGULANTS: REPORT OF TWO CASES**

Bleeding from colon diverticula is the most common cause of lower gastrointestinal bleeding. Most studies indicate an increased risk of bleeding in right-sided and total lesion of diverticulosis of the colon. In this report we describe two cases of bleeding from occasional diverticula of the sigmoid colon in elderly patients with severe comorbid status receiving anticoagulants and non-steroidal anti-inflammatory drugs. The study evaluated the efficacy of hemostasis with plugging diverticula using hemostatic material "Surgicell Fibrillar" and preventive argonon - plasma coagulation of peridiverticular vessels. The most effective was an active tactics using primary endoscopic hemostasis with plugging diverticula using hemostatic material "Surgicell Fibrillar". The following preventive coagulation of peridiverticular vessels allowed to avoid recurrent diverticular bleeding, frequently requiring complex intensive therapy and possible surgery.

Key words: colon, diverticula, bleeding, hemostasis.

Рост дивертикулеза в индустриально развитых странах неизбежно приводит к увеличению частоты дивертикулярных кровотечений (ДК), которые составляют от 20 до 40% в структуре кровотечений из нижних отделов желудочно-кишечного тракта у взрослых [1,3,7,8,13,14]. ДК в 70% случаев спонтанно прекращается после консервативной терапии, однако у 30% пациентов может потребоваться интенсивная терапия с гемотрансфузией, а у 3-5% – проведение колэктомии [1,8,9,14]. Рецидивы ДК по данным разных авторов возникают в 25-45% случаев у пациентов после первого эпизода и достигают 55-65% после второго и третьего эпизодов кровотечения [1,3,9,11,12,14,15]. Риск кровотечения возрастает на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) и антикоагулянтов [4,6,9,11,15]. Несмотря на то, что эндоскопия часто используется для диагностики и лечения острого кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, её роль в тактике лечения дивертикулярных кровотечений остаётся ограниченной. Последнее обусловлено трудностями визуализации источника кровотечения в обо-

дочной кишке, относительно малым количеством ДК, что объясняет противоречивые результаты проспективных исследований. В небольших сериях наблюдений для достижения гемостаза у пациентов с ДК была показана безопасность и высокая эффективность применения инъекций эпинефрина, электрокоагуляции, эндоклипирования и эндоскопического лигирования [2,3,5,6,10]. Однако в долгосрочном исследовании Mizuki A. и соавт. показали, что за 10-летний период наблюдения уровень рецидивов ДК был значительно выше у больных, получавших эндоскопическое лечение (61,5%), по сравнению с лицами, пролеченными консервативно (38,7%) [9]. В большинстве исследований указывается, что источником ДК чаще являются дивертикулы в правой половине толстой кишки [1,8,9,10,12,13,15]. В данной публикации описываются два случая рецидивирующих кровотечений из единичных дивертикулов сигмовидной кишки на фоне приема антикоагулянтов и НПВС. Была проведена оценка эффективности местного применения гемостатического материала «Surgicell Fibrillar» и превентивной аргон-плазменной коагуляции (АПК) перидивертику-

лярных сосудов устья дивертикулов толстой кишки для профилактики рецидивов ДК.

Клинический случай 1. 67-летний мужчина Л. наблюдался в течение последних семи лет в поликлинике по месту жительства с хронической ишемической болезнью сердца, постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) (2004 г.), нарушением ритма сердца с фибрилляцией предсердий, хронической сердечной недостаточностью (ХСН) 2А, функциональным классом (ФК) 2 ст. В 2014 г. перенес аортокоронарное шунтирование, в 2015 г. – установлен электрокардиостимулятор. С 2014 г. проводилась антикоагулянтная терапия варфарином и клексаном, при этом пациент периодически отмечал примесь крови в стуле. Первый эпизод массивного толстокишечного кровотечения состоялся в марте 2015 г., в связи с чем пациент был госпитализирован в колопроктологическое отделение ГКБ № 13 г. Уфы с диагнозом дивертикулярная болезнь ободочной кишки (осложнение: дивертикулярное кровотечение). Гемостаз был достигнут консервативными методами, включая проведение гемотрансфузий. В последующем в течение года, учитывая сопутствующую патологию, пациент продолжал прием варфарина, по-прежнему отмечал прожилки крови в стуле. В феврале 2016 г. на фоне приема антикоагулянтов у пациента повторился эпизод массивной гематохезии. Показатели гемодинамики на момент поступления были следующими: артериальное давление 90/55 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 128 ударов в мин. Лабораторные данные составили: уровень гемоглобина 55 г/л, количество эритроцитов $2,3 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитов $12 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцитов $175 \times 10^9/\text{л}$, гематокрит 27%. По данным фиброэзофагогастродуоденоскопии было исключено кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. После проведения гемостатической и гемотрансфузионной терапии, включающей переливание свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы, состояние пациента стабилизировалось, кровотечение спонтанно остановилось в течение первых суток. Однако на вторые сутки гематохезия возобновилась. После предварительной подготовки к исследованию с использованием препарата «Флит» больному была проведена тотальная колоноскопия с осмотром терминального отдела подвздошной кишки. В дистальной части сигмовидной ободочной кишки визуализирован единичный дивертикул с широким устьем (1,5×1,0 см), в его дне находились тромботические массы, из-под которых подтекала свежая кровь (рис. 1).

Полость дивертикула была тампонирована гемостатическим материалом «Surgicell Fibrillar», через 5 минут кровотечение остановилось (рис. 2).



Рис. 1. В полости дивертикула визуализируются тромботические массы, из-под которых подтекает свежая кровь



Рис. 2. Тампонирование полости дивертикула гемостатическим материалом «Surgicell Fibrillar»

В течение последующего месяца наблюдения повторных кровотечений не отмечалось, и пациент был взят на повторную колоноскопию. При повторном осмотре полость единичного дивертикула сигмовидной кишки была свободной, в шейке которой располагалась поверхностно лежащая сосудистая сеть, слизистая розового цвета. К устью дивертикула через инструментальный канал эндоскопа был подведен зонд для проведения аргон-плазменной коагуляции (АПК). Произведена коагуляция всех видимых сосудов устья дивертикула, осложнений и побочных эффектов не было отмечено. Пациент наблюдался у участкового терапевта и кардиолога, продолжил прием антикоагулянтов. В течение года наблюдения после проведенной колоноскопической манипуляции у пациента не было отмечено рецидивов толстокишечного кровотечения, пациент не отмечал примеси крови в стуле, тест на оккультную кровь в кале был отрицательным.

Клинический случай 2. 72-летний мужчина С. с диагнозом ИБС, ПИКС (2009), нарушением ритма сердца по типу фибрилляции предсердий, ХСН 2 ст., ФК 2 ст. в октябре 2015 г. во время стационарного лечения в кардиологиче-

ском отделении получал НПВС (аспирин 0,25 г 1 раз в сутки), дезагреганты (пентоксифиллин). Ранее наличие крови в стуле не отмечал, обследование толстой кишки не проводилось, язвенной болезни не было. На 7-е сутки стационарного лечения у больного началась массивная гематохезия, появилась резкая слабость, артериальное давление 85/50 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 138 ударов в мин. Лабораторные показатели: эритроциты $2,1 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин 58 г/л, гематокрит 29%, лейкоциты $16 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты $198 \times 10^9/\text{л}$. В отделении реанимации пациенту была проведена интенсивная терапия с гемотрансфузией препаратами свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы. Проведенная фиброэзофагогастродуоденоскопия исключала кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. После стабилизации состояния больного (АД 100/75 мм рт. ст., пульс 105 ударов в минуту) на 2-е сутки после начала гематохезии решено было провести колоноскопию, поскольку продолжалось выделение крови, хотя и в меньшем количестве. Подготовка была проведена путем перорального лаважа с использованием препарата «Флит». На колоноскопии в просвете сигмовидной кишки выявлена в небольшом количестве свежая кровь, затрудняющая детальный осмотр. После промывки просвета кишки водой и аминакапроновой кислотой через инструментальный канал эндоскопа в сигмовидной ободочной кишке визуализированы единичные дивертикулы (в количестве 5) с устьем 0,2-0,5 см, в просвете которых определялись сгустки темной крови. С целью уточнения источника кровотечения была проведена бензидиновая проба: после промывания дивертикулов от сгустков крови в их полость через катетер заливали подготовленный реактив. В одном из дивертикулов сигмовидной кишки с устьем 5 мм была замечена положительная реакция – окрашивание в синий цвет. Просвет дивертикула тампонирован гемостатическим материалом «Surgicell Fibrillar», который был введен с помощью биопсийных щипцов через инструментальный канал колоноскопа. Кровотечение остановилось в течение четырех минут после тампонирования (рис. 2). В течение 3-х недель наблюдения гематохезии не отмечалось. На 21-е сутки пациенту после очистки кишечника препаратом «Флит» проведена повторная колоноскопия. Просвет ранее кровоточащего дивертикула был свободным, в его шейке поверхностно располагались два сосуда. Произведена коагуляция сосудов устья дивертикула с помощью аргон-плазменной коагуляции. Осложнений и побочных эффектов не было отмечено. В последую-

щем повторных кровотечений на протяжении полутора лет амбулаторного наблюдения у пациента не наблюдалось.

ДК является наиболее частой причиной нижних желудочно-кишечных кровотечений [1,8,14,15]. К. Suzuki et al. (2012) показано, что у пациентов с дивертикулярной болезнью при двусторонней и правосторонней локализации дивертикулов значительно чаще возникают кровотечения. Множественный регрессионный анализ показал, что локализация дивертикулов является существенным признаком, который связан с риском дивертикулярного кровотечения [11,12,15]. По N. Nagata et al. (2014) независимыми факторами риска ДК явились: потребления алкоголя, курение, прием НПВС и антикоагулянтов. Двойная терапия характеризовалась более высоким риском, чем монотерапия (один НПВП – относительный риск (ОР) 3,6, $p < 0,01$; двойная терапия – ОР 23, $p < 0,01$; один антитромбоцитарный препарат – ОР 2,0, $p < 0,01$; двойная терапия – ОР 4,1, $p < 0,01$) [4]. В связи с вышеуказанным у пациентов, принимающих одно или более НПВП и/или антитромбоцитарные препараты, необходимо оценивать риск возникновения ДК при наличии дивертикулеза, а также проводить профилактические мероприятия. В описанных случаях источником кровотечения явились единичные дивертикулы сигмовидной кишки. Оба пациента были пожилого возраста с наличием сердечно-сосудистых заболеваний, требующих постоянного проведения антикоагулянтной или антиагрегантной терапии. В настоящее время отсутствует консенсус в отношении наиболее подходящих методов лечения, так же как и не существует эффективных способов профилактики ДК [1,8-10,13]. Когда и как выполнять колоноскопию при острых дивертикулярных кровотечениях является спорным вопросом [3,5-8,10,14]. D. Jensen et al. (2005) рекомендуют колоноскопию между 6 и 12 часами после госпитализации, так как при неотложной колоноскопии можно выявить признаки дивертикулярного кровотечения (активное кровотечение, видимый сосуд без активного кровотечения, тромб) у 20% больных с тяжелым кровотечением [8,14]. R. Smoot et al. (2003) не выявили значительного влияния сроков срочной колоноскопии на обнаружение источника ДК [7]. Важным ключом к успешной визуализации источника кровотечения является адекватная подготовка толстой кишки к исследованию [2,3,8,9,10,14]. Нами выполнена первичная колоноскопия в течение 48 часов после начала гематохезии, подготовка проведена с помощью препарата на основе полиэтиленгликоля («Флит»). Ранее были описаны различные ме-

тоды эндоскопического гемостаза, показавшие эффективность при ДК, такие как инъекции эпинефрина, электрокоагуляция, эндоскопическое лигирование дивертикулов [2,3,5,6,14,15]. Однако в доступной литературе не было сообщений о местном применении гемостатических материалов, так же как и о превентивном применении коагуляции дивертикулярных сосудов.

Заключение. Приведенные нами клинические случаи свидетельствуют о том, что на фоне приема антикоагулянтов и НПВС возможно развитие кровотечения при левостороннем

дивертикулезе даже при единичном поражении дивертикулами ободочной кишки. Показана эффективность активной тактики с применением первичного эндоскопического гемостаза способом тампонирования дивертикулов гемостатическим материалом «Surgicell Fibrillar». В последующем проведенная превентивная коагуляция перидивертикулярных сосудов позволила избежать рецидивов дивертикулярных кровотечений, нередко требующих комплексной интенсивной терапии и возможного оперативного вмешательства.

Сведения об авторах статьи:

Галимов Нажип Мажитович – врач-эндоскопист ГБУЗ РБ ГКБ № 13. Адрес: 450112, г. Уфа, ул. Нежинская, 28. E-mail: nagip77@mail.ru.

Хидиятов Ильдар Ишмурзович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: hidyatoff.ildar@yandex.ru.

Гумерова Гульнара Тагировна – к.м.н., доцент кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: gumerta@gmail.com.

Бадькова Гузель Рашидовна – зав. отделением эндоскопии ГБУЗ РБ ГКБ № 13. Адрес: 450112, г. Уфа, ул. Нежинская, 28. E-mail: guzelika@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки / В.М. Тимербулатов [и др.]. – М.: Медицинская книга, 2000. – 192 с.
2. Bloomfeld R.S. Endoscopic therapy of acute diverticular hemorrhage/ R.S. Bloomfeld, D.C. Rockey, M.A. Shetzline // Am. J. Gastroenterol. – 2001. – Vol. 96. – P. 2367-2372.
3. Colonic diverticular hemorrhage: the hood method for detecting responsible diverticula and endoscopic band ligation for hemostasis/ S. Shibata [et al.]// Endoscopy. – 2014. – Vol. 46. – P 134-137.
4. Colonic diverticular hemorrhage associated with the use of NSAIDs, low-dose aspirin, antiplatelet drugs, and dual therapy/ N. Nagata [et al.] //J. Gastroenterol. Hepatol. – 2014. – Vol. 29. – P. 1786-1793.
5. Endoscopic hemostasis and acute diverticular bleeding/ C. Prakash[et al.] // Endoscopy. – 1999. – Vol. 31. – P.460-463.
6. Hemostasis of colonic diverticular bleeding with hemoclips under endoscopic control: report of a case/ Y. Rino [et al.]// Hepatogastroenterology. – 1999. – Vol. 46. – P.1733-1735.
7. Is early colonoscopy after admission for acute diverticular bleeding needed?/ R. Smoot [et al.]// Am J Gastroenterol. – 2003. – Vol. 98. – P. 1996-1999.
8. Jensen D. Management of patients with severe hemochezia with all current evidence available// Am. J. Gastroenterol. – 2005. – Vol. 100. – P. 2403-2406.
9. Long-Term Clinical Course after Conservative and Endoscopic Treatment of Colonic Diverticular Bleeding/ A. Mizuki [et al.]// Digestion. – 2016. – Vol. 94. – P. 186-191.
10. Pilichos C. Role of endoscopy in the management of acute diverticular bleeding/ C. Pilichos, E. Bobotis// World J Gastroenterol. – 2008. – Vol. 14. – P. 1981-1983.
11. Risk factors associated with recurrent hemorrhage after the initial improvement of colonic diverticular bleeding/ H. Nishikawa, T. Maruo, T. Tsumura [et al.] //Acta Gastroenterol Belg. – 2013. – Vol. 76. – P. 20-24.
12. Risk factors for colonic diverticular hemorrhage: Japanese multicenter study/ K. Suzuki [et al.]// Digestion. – 2012. – Vol.85. – P. 261-265.
13. Takano, M. An analysis of the development of colonic diverticulosis in the Japanese/ M. Takano, K. Yamada, K. Sato// Dis Colon Rectum. – 2005. – Vol. 48. – P. 2111-2116.
14. Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage/D. Jensen[et al.] //N. Engl. J. Med. – 2000. – Vol. 342. – P. 78-82.
15. Watanabe S. Investigation of risk factors predicting recurrence of colonic diverticular hemorrhage and development of a recurrence risk score/ S. Watanabe, S. Kodera, H. Shimura// Acta Gastroenterol Belg. – 2014. – Vol. 77. – P. 408-412.

УДК 616.98:617.7

© Ya. Zhang, H. Zhang, 2017

Zhang Yanyan, Zhang Hong

A HIV INFECTED PATIENT WHICH WAS FIRST DIAGNOSED IN OPHTHALMOLOGY

Ophthalmology hospital of First Affiliated Hospital of Harbin Medical University, China

Since the first case of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) was diagnosed in 1981, the number of cases of human immunodeficiency virus (HIV) infection has been continuously increasing around the world. In China, HIV/AIDS is spreading throughout the whole country in a surprising speed. Therefore, understanding HIV/AIDS as much as possible has been the responsibility for every health care worker in China. In the review, we present a HIV infected patient which was first diagnosed in ophthalmology. Brief introduction to the following topics will be given in this review, including the key ocular manifestations of the HIV infected patient, and the major procedures of HIV/AIDS in our clinical experiences. It is necessary to carry out the routine ophthalmologic screening for suspected AIDS patients and early diagnosis HIV related ophthalmology.

Key words: HIV, ocular manifestations, treatment.