



УДК 616.34–005.1

ЯЗВЫ ТОНКО-ТОНКОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ КАК ИСТОЧНИК КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗЕКЦИЕЙ ТОНКОЙ КИШКИ В АНАМНЕЗЕ*

Иванова Е. В.^{1,3}, Тихомирова Е. В.^{2,5}, Ларичев С. Е.², Юдин О. И.³, Михалева Л. М.⁴, Болихов К. В.³, Федоров Е. Д.^{1,4}

¹ ФГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России (Москва, Россия)

² ГБУЗ «ГКБ № 17 ДЗМ» (Москва, Россия)

³ АО «Клиника К+31» (Москва, Россия)

⁴ ГБУЗ «ГКБ № 31 ДЗМ» (Москва, Россия)

⁵ МГУ имени М. В. Ломоносова (Москва, Россия)

ULCERS THIN-INTESTINAL ANASTOMOSIS AS THE SOURCE OF BLEEDING IN PATIENTS WITH RESECTION OF THE SMALL INTESTINE IN HISTORY*

Ivanova E. V.^{1,3}, Tikhomirova E. V.^{2,5}, Larichev S. E.², Yudin O. I.³, Mikhaleva L. M.⁴, Bolikhov K. V.³, Fedorov E. D.^{1,4}

¹ FSBEI HPE rnsmu. N. And. Pirogov (Moscow, Russia)

² City Clinical Hospital № 17 (Moscow, Russia)

³ "K+31" Clinic (Moscow, Russia)

⁴ City Clinical Hospital № 31 (Moscow, Russia)

⁵ Lomonosov Moscow State University (Moscow, Russia)

Для цитирования: Иванова Е. В., Тихомирова Е. В., Ларичев С. Е., Юдин О. И., Михалева Л. М., Болихов К. В., Федоров Е. Д. Язвы тонко-тонкокишечных анастомозов как источник кровотечения у пациентов с резекцией тонкой кишки в анамнезе. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018;152(4): 30–36.

For citation: Ivanova E. V., Tikhomirova E. V., Larichev S. E., Yudin O. I., Mikhaleva L. M., Bolikhov K. V., Fedorov E. D. Ulcers thin-intestinal anastomosis as the source of bleeding in patients with resection of the small intestine in history. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2018;152(4): 30–36.

**Иванова
Екатерина Викторовна**
Ivanova Ekaterina V.
katendo@yandex.ru

Иванова Е. В. — д.м.н., гл. научный сотрудник НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии ФГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России; зав. отд. эндоскопии медицинского центра К+31 Петровские ворота

Тихомирова Е. В. — аспирант кафедры общей и специализированной хирургии факультета фундаментальной медицины МГУ имени М. В. Ломоносова; врач — эндоскопист ГБУЗ «ГКБ № 17 ДЗМ»

Ларичев С. Е. — профессор, д.м.н., заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ «ГКБ № 17 ДЗМ»

Юдин О. И. — к.м.н., заместитель главного врача по хирургии АО «Клиника К+31»

Михалева Л. М. — профессор, д.м.н., зав. патологоанатомического отделения ГБУЗ «ГКБ № 31 ДЗМ»

Болихов К. В. — к.м.н., врач-колопроктолог АО «Клиника К+31»

Федоров Е. Д. — профессор, д.м.н., гл. научный сотрудник НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии ФГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России; клин. заведующий отделением оперативной эндоскопии ГБУЗ «ГКБ № 31 ДЗМ»

* Иллюстрации к статье – на цветной вклейке в журнал.

* Illustrations to the article are on the colored inset of the Journal.

Резюме

Цель исследования: изучение причин образования язв области энтеро-энтероанастомозов у пациентов, перенесших тонкокишечное кровотечение (ТКК) путем оценки клинико-инструментальных данных и результатов проведенного лечения.

Материалы и методы: в период с 14.02.2007 г. по 30.10.2017 г. из 213 пациентов, обратившихся для дообследования в связи с наличием кровотечения из желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, язвы области энтеро-энтероанастомоза были выявлены у 8 (3,7%) пациентов: мужчин — 7 (87,5%) и женщин — 1 (12,5%), в возрасте от 19 до 59 лет

(средний возраст $38,0 \pm 14,4$ лет). Клиническая картина явного кровотечения имела место у 7 (87,5%) пациентов, скрытого кровотечения — у 1 (12,5%) пациентки. Всем пациентам при поступлении была проведена комплексная диагностика, включающая капсульную и гибкую энтероскопию. Первичная диагностика патологии тонкой кишки выполнялась с помощью видеокapsульной энтероскопии (ВКЭ) у 6 (75,0%) пациентов, из которых в 2 случаях последующая БАЭ оказалась безуспешной. Попытки выполнения баллонно-ассистированной энтероскопии (БАЭ) проводились всем 8 больным, эффективно БАЭ была выполнена у 6 (75,0%), в том числе у 2-х пациентов, без предварительной ВКЭ.

Результаты: язвы области энтеро-энтероанастомоза тонкой кишки первично были зарегистрированы при ВКЭ во всех случаях, с последующим подтверждением и локацией при БАЭ (4) и при оперативном вмешательстве (2); ещё в 2 случаях язвы были выявлены при БАЭ. Консервативная терапия, назначенная 6 (75,0%) пациентам, была эффективной у 1 пациента, тогда как в 5 случаях не поддающаяся коррекции анемия и рецидивы ТКК явились поводом для планового оперативного вмешательства. Оперативное лечение без консервативной терапии было выполнено у 2 (25,0%) пациентов. По результатам хирургического лечения и анализа послеоперационного материала 7 пациентов, язвы с локализацией в области энтеро-энтероанастомоза были у 4 (57,1%) пациентов и посередине длинных «слепых концов» тонкой кишки ещё у 3 (42,9%). По данным гистологического исследования, признаков ишемии и болезни Крона выявлено не было. У 2 (28,6%) пациентов было выявлено наличие шовного материала в дне язв. В отдаленном периоде (1–7 лет) признаков рецидива кровотечения у всех прооперированных больных, так же, как у пациента, получающего консервативное лечение, не отмечалось.

Заключение: Применение методик ВКЭ и БАЭ позволило верифицировать источник ТКК у длительно страдающих пациентов с язвами области энтеро-энтероанастомозов. По результатам оперативного вмешательства и гистологического заключения у 7 больных, наличие длинных «слепых концов» и шовного материала в дне язв может быть причиной образования язв энтеро-энтероанастомоза в отдаленном периоде. Для более глубокого и полноценного анализа этиологии язв энтеро-энтероанастомозов в отдаленном постоперационном периоде требуется накопление клинического материала.

Ключевые слова: язвы энтеро-энтероанастомоза, тонкокишечное кровотечение, резекция тонкой кишки, энтероскопия

Summary

Objectives: to evaluate the etiology of anastomotic ulcers (AU), being the sources of small bowel bleeding, using clinical, instrumental features and results of treatment.

Materials and methods: From 14.02.2007 to 30.10.2017 from 213 patients, having applied to our hospital with suspected small bowel bleeding, AU were revealed in 8 (3,7%) pts (m-7, f-1, mean age $38,0 \pm 14,4$ years, range 19–59). There were 7 (87,5%) pts. with obscure overt and 1 (12,5%) with obscure occult bleeding.

Diagnostic procedures included videocapsule endoscopy (VCE) and balloon-assisted enteroscopy (BAE) in all of pts. VCE was performed in 6 (75,0%) pts, followed by BAE, which was ineffective in 2 cases. BAE was performed in all 8 pts: it was effective in 6 cases, including 2 pts without previous VCE.

Results: Anastomotic ulcers were initially revealed, using VCE, in all cases, then — confirmed using BAE (4) and surgery (2); using only BAE — in 2 pts. Initial conservative treatment, recommended to 6 (75,0%) pts, was effective in 1 case; in other 5 cases surgery was performed because of persisted anemia and rebleeding episodes. Surgery at once was performed in 2 (25,0%) pts. After surgery and histology in 7 pts we revealed ulcers at the anastomotic area in 4 (57,1%) pts, in the middle of long blind loops area in 3 (42,9%) pts. Signs of ischemia and Crohn's disease were not revealed. Suture material was detected in ulcer bases in 2 (28,6%) pts. All patients have been free of relapse (1–7 years).

Conclusions: Using VCE and BAE gave the opportunity to reveal the source of bleeding in pts with AU, suffering for a long time. Having analysed surgery and histology results in 7 pts, we can suppose, that long blind loops, as well as suture material can lead to anastomotic ulceration in patients after SB resection. Further accumulation of clinical material is needed for complete analysis of etiology of AU.

Key words: anastomotic ulcers, small bowel bleeding, small bowel resection, enteroscopy

Введение

Желудочно-кишечные кровотечения из неустановленного источника являются сложной и клинически значимой проблемой, актуальной для хирургов, эндоскопистов и врачей смежных специальностей [4,7,9,10]. Развитие и широкое применение методик видеокapsульной и баллонно-ассистированной

энтероскопии улучшило показатели диагностики источников тонкокишечных кровотечений (ТКК) (чувствительность методик при комбинированном применении достигает 100%, специфичность – 93,7%) [13]. Среди большого спектра известных источников ТКК (сосудистые мальформации, опухоли,

воспалительные заболевания тонкой кишки) язвы области анастомоза у пациентов, перенесших в анамнезе операции на тонкой кишке, описываются редко и составляют от 1 до 5,4% случаев [6]. Согласно литературным данным, язвы области анастомоза могут возникать в период от нескольких месяцев до нескольких лет после оперативного вмешательства, составляя в среднем до 5,1 лет [12]. Наиболее частым клиническим проявлением наличия язвы межкишечного анастомоза является не боль и диспепсия, а железодефицитная анемия (ЖДА) [2].

На сегодняшний день единого мнения об этиологии и патогенезе образования язв области межкишечных анастомозов нет, так же, как ни одна теория не признана главной и общепринятой.

Материалы и методы

В период с 14.02.2007 г. по 30.10.2017 г. из 213 пациентов, обратившихся для дообследования в связи с подозрением на кровотечение из желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, язвы области энтеро-энтероанастомоза были выявлены у 8 (3,7%) пациентов: мужчин – 7 (87,5%) и женщин – 1 (12,5%), в возрасте от 19 до 59 лет (средний возраст $38,0 \pm 14,4$ лет). В исследование не были включены пациенты с язвами области анастомоза тонкой кишки, ассоциированными с болезнью Крона. По данным анамнеза, резекция участка тонкой кишки по поводу дивертикула Меккеля осложненного кровотечением была выполнена у 3-х (37,5%) пациентов; по поводу острой спаечной тонкокишечной непроходимости – у 2-х (25,0%) пациентов; в связи с травматическим разрывом тонкой кишки, – у 1 (12,5%) пациента; по поводу инвагинации гемангиомы подвздошной кишки – у 1 (12,5%) пациентки; по поводу атрезии подвздошной кишки – у 1 (12,5%) пациента. Резекция тонкой кишки с формированием анастомоза «бок-в-бок» ранее была выполнена у 7 (87,5%) пациентов. У 1 (12,5%) пациента в возрасте 6 месяцев было последовательно выполнено два резецирующих вмешательства: вначале по поводу атрезии подвздошной кишки – резекция подвздошной кишки с формированием илео-илеоанастомоза, затем, через 1 месяц – по поводу несостоятельности анастомоза – формирование терминальной илеостомы с последующей резекцией илеоцекального угла и тонкой кишки с формированием илео-илео и илео-асцендоанастомоза.

Таким образом, резецирующие операции на тонкой кишке пациенты перенесли в возрасте от 6 месяцев до 29 лет (средний возраст – $17,4 \pm 12,3$ лет). Период от момента выполнения первичного оперативного вмешательства на тонкой кишке до появления клинических признаков кровотечения варьировался от 1 года до 28 лет и составил в среднем $11,2 \pm 8,4$ лет.

Клиническую картину явного кровотечения в анамнезе наблюдали 6 из 8 пациентов, при этом однократный эпизод ТКК имел место у 2 (33,3%) пациентов, два эпизода – у 1 (16,7%) пациента, многократные эпизоды – у 3 (50,0%) пациентов. Клиническая картина скрытого кровотечения,

Также нет единой тактики ведения пациентов, хотя консервативная терапия, включающая антибиотики, противовоспалительные препараты, препараты 5-аминосалициловой кислоты, препараты железа, считаются терапией первой линии [2]. В случае неэффективности терапии ЖДА, при возникновении рецидива кровотечения, методом выбора является хирургическое лечение в объеме ре-резекции тонкой кишки, несущей анастомоз [2].

Задачами нашего исследования является оценка клиничко-инструментальных данных и результатов проведенного лечения пациентов с язвами области энтеро-энтероанастомоза, явившихся источником ТКК, с целью изучения вероятных причин образования язв данной области.

проявляющаяся слабостью и железодефицитной анемией, наблюдалась в двух случаях: в одном, у пациента уровень гемоглобина составлял 100 г/л, результат исследования кала на скрытую кровь был положительным в течение одного года; у второй пациентки уровень гемоглобина составлял 70–80 г/л.

Все пациенты до поступления в нашу клинику обследовались в других ЛПУ, где, несмотря на проведенное стандартное обследование (ЭГДС, колоноскопия, КТ брюшной полости, УЗИ брюшной полости, энтерография) источник ТКК, так же как и анемии выявлен не был.

Обращение в нашу Клинику было экстренным в 3 (37,5%) случаях, плановым – в 5 (62,5%) случаях. Клиническая картина явного кровотечения была у 3 (37,5%) пациентов, проявляющаяся меленой (2) и гематохезией (1). При этом впервые возникшее явное кровотечение имело место у 1 пациента, ранее отмечавшего только признаки анемии. Клиническая картина скрытого кровотечения, проявляющаяся на момент осмотра положительным результатом анализа кала на скрытую кровь, была у 5 (62,5%) пациентов, обратившихся к нам для дообследования в плановом порядке. При этом 4 (80,0%) из 5 пациентов имели в анамнезе эпизоды явного кровотечения. Жалобы на анемию (уровень гемоглобина – 81 г/л), которая не поддавалась коррекции железосодержащими препаратами, без эпизодов ТКК в анамнезе, были у 1 (20,0%) пациентки.

Жалобы на боли в мезогастральной области были у 1 (12,5%) пациента, у остальных 7 (87,5%) пациентов специфических «кишечных» жалоб не было.

Всем пациентам при поступлении, с целью дообследования и поиска источника ТКК, выполнялось комплексное обследование, включающее лабораторные методы, лучевые методы (энтерография с барием была проведена у 5 пациентов, КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием – у 4 пациентов) и эндоскопические методы диагностики.

По данным клиничко-лабораторного обследования, анемия тяжелой степени наблюдалась у 2 (25,0%) пациентов, средней степени тяжести – у 5 (62,5%) пациентов, легкой степени – у 1 (12,5%) пациента.

По данным лучевых методов обследования, патологических изменений, потенциально служивших источником ТКК выявлено не было.

Эндоскопическое обследование осуществлялось в выполнении ЭГДС и колоноскопии всем пациентам, однако данных за наличие источников кровотечения в верхних и нижних отделах ЖКТ выявлено не было. Видеокапсульная энтероскопия (ВКЭ) была выполнена 6 (75,0%) пациентам. При проведении ВКЭ применялись видеокапсульные системы Olympus EC-1, EC-10 (Япония) и Medtronic PillCam SB3 (Израиль).

Результаты и обсуждение

При анализе 8 больных с перенесенным ТКК, источником которого явились язвы области энтеро-энтероанастомозов, было отмечено, что данные язвы чаще встречались у мужчин (7 (87,5%)), что отмечают и наши зарубежные коллеги [2]. Возраст наших больных варьировался от 19 до 59 лет (средний возраст $38,0 \pm 14,4$ лет). Chari S. T. и соавт. получили несколько другие данные: согласно их результатам, полученным при анализе наблюдаемых 6 больных, возраст последних варьировался от 24 до 76 лет (средний возраст $51,8 \pm 22,9$ лет) [3].

Поиск источника кровотечения до момента настоящего обращения занял от 1 месяца до 14 лет (в среднем – 18 месяцев). Полученные результаты соотносятся с данными зарубежных коллег, согласно которым язвы области анастомозов, как источник кровотечения «неясного генеза», обнаруживают достаточно поздно (средняя продолжительность поиска источника кровотечения от появления клинической картины тонкокишечного кровотечения до верификации язвы области анастомоза составляет до 3,7 лет) [2].

Первичная диагностика с целью выявления причины ТКК выполнялась с помощью видеокапсульной энтероскопии (ВКЭ) у 6 (75%) пациентов, во всех случаях было зарегистрировано наличие язвы/язв: единичные язвы тонкой кишки были выявлены у 4 пациентов, множественные – у 2 пациентов. В том числе, в 2 случаях было отмечено нарушением транзита капсулы по кишке, выхода в толстую кишку по завершении исследования мы не отмечали. Задержка капсулы наблюдалась в зоне с наличием деформации просвета тонкой кишки за счет рубцовых белесоватых тканей и изъязвлениями слизистой оболочки. Истинной задержки капсулы в данной области не было, капсула, по наблюдениям пациентов, выходила самостоятельно в одном случае на 7, в другом – на 10 сутки.

Данные ВКЭ были подтверждены последующим выполнением БАЭ (4), в том числе лапароскопически – асистирующей энтероскопии у 1 пациента, и при оперативном вмешательстве (2), в виду неуспешной БАЭ у этих пациентов.

Попытки выполнения баллонно-асистирующей энтероскопии (БАЭ) проводились всем 8 больным, эффективно БАЭ была выполнена у 6 (75%), в том числе у 2-х пациентов, без предварительной ВКЭ.

Баллонно-асистирующая энтероскопия по методике присборивания-продвижения по тонкой кишке, с целью макроскопической оценки выявленных патологических изменений, уточнения локализации после ВКЭ и выполнения биопсии, была предпринята у всех пациентов. Однобаллонная энтероскопия через оба доступа (перорально и трансанально) была выполнена у 3 больных, в том числе, лапароскопически – асистирующая двухбаллонная энтероскопия – у 1. Трансанальная однобаллонная энтероскопия была выполнена у 5 больных.

Однако в 2 случаях выполнение БАЭ было неэффективным, так как достичь зоны анастомоза не удалось из-за выраженного спаечного процесса в брюшной полости, ввиду которого эндоскоп был проведен в подвздошную кишку только на 80–90 см от Баугиниевой заслонки. Попыток выполнения лапароскопически-асистирующей БАЭ этим двум пациентам мы не предпринимали, так как, по данным ВКЭ, язвы тонкой кишки зоне анастомоза визуализировались четко, имели стигмы кровотечения, являясь для нас очевидной находкой. Один из них этих пациентов был оперирован без предварительного консервативного лечения, второй пациент выразил желание пройти консервативное лечение.

По данным БАЭ у 4 (66,6%) из 6 обследованных пациентов язвы локализовались в области энтеро-энтероанастомоза. У 2 (33,4%) пациентов язвы были выявлены в «слепом конце» тонкой кишки: у одного из них две язвы были выявлены на расстоянии 10 и 15 см от зоны анастомоза, длина «слепого конца» кишки составила 25 см; у второго пациента язва и циркулярное изъязвление были выявлены на расстоянии 3 и 9 см от зоны анастомоза, длина «слепого конца» составила 22 см.

Размер язв варьировался от 5 мм до 20–25 мм (занимающих 2/3 окружности анастомоза), глубиной до 2,5–3 мм, без признаков кровотечения на момент осмотра. Единичные язвенные дефекты были выявлены у 5 (62,5%) пациентов, множественные – у 3 (37,5%) пациентов.

По данным Charbit-Henrion F. и соавт. [2], язвы обычно располагаются в зоне анастомоза, либо на расстоянии нескольких сантиметров от него, в области «слепых концов», что подтверждает наши результаты.

Консервативное лечение, включающее препараты 5-аминосалициловой кислоты (месалазин 500 мг 3–4 р/сут per os) и препараты железа (мальтофер 100 мг 2 р/сут per os/ феррум лек 100 мг 1 р/сут per os) было назначено 6 (75,0%) пациентам, в том числе, к терапии одной пациентке гастроэнтерологом был добавлен глюкокортикостероид (будесонид 3 мг х 3 р/сут per os, в течение 3 месяцев), более подробное описание будет приведено ниже. Продолжительность консервативного лечения варьировалась от 2 месяцев до 5 лет (в среднем 1 год 10 мес \pm 1 год 9 мес).

Таблица 1.
Типы анастомозов, выполненные при первичном оперативном вмешательстве и при ре-резекции тонкой кишки; результат гистологического исследования операционного материала.

Пол, возраст (лет)	Тип анастомоза при первичном оперативном лечении	Тип анастомоза после ре-резекции	Результат гистологического исследования операционного материала
м, 59	Энтеро-энтероанастомоз «бок-в-бок»	Энтеро-энтероанастомоз «конец-в-конец»	Хроническое воспаление, в дне язвы-грануляции, некротические массы и лейкоциты
м, 19	Илеотрансверзоанастомоз «бок-в-бок»	Илео-асцендоанастомоз «конец-в-бок»	Изъязвления слизистой оболочки с кровоизлияниями, диффузное хроническое воспаление с очагами гнойного воспаления
м, 22	1. Энтеро-энтероанастомоз «конец-в-конец»	1. Энтеро-энтероанастомоз «конец-в-конец»	Отек, полнокровие сосудов, кровоизлияние и участок некроза
	2. Илеоасцендоанастомоз	2. Межкишечный анастомоз «конец-в-бок»	Отек, лимфоцитарная инфильтрация, полнокровие сосудов. В зоне анастомоза – лимфоидная инфильтрация всех слоев стенки, дефект стенки представлен зоной фибриноидного некроза, проникающего до мышечной пластинки слизистой.
м, 33	Энтеро-энтероанастомоз «бок-в-бок»	Анастомоз «бок-в-бок»	Отек, лимфоплазмоцитарная инфильтрация, очаговое эрозивное, в субсерозных отделах полнокровие сосудов, кровоизлияния, лимфоцитарная инфильтрация
м, 41	Илеотрансверзоанастомоз «бок-в-бок»	-	-
м, 36	Энтеро-энтероанастомоз «бок-в-бок»	Резекция «слепого отрезка» приводящей кишки	Язвенный дефект, дном которого является мышечный слой, выстланный грануляционной тканью с воспалительной инфильтрацией. По краям – лимфоцитарная инфильтрация. Ворсины уменьшены и утолщены. В подслизистом слое расширенные полнокровные сосуды.
ж, 57	Энтеро-энтероанастомоз «бок-в-бок»	Энтеро-энтероанастомоз «бок-в-бок»	В дне язвенного дефекта – фиброз с распространением на мышечный слой, в котором имеется шовный материал. По периферии-очаги некроза, лимфоцитарная инфильтрация.
м, 37	Энтеро-энтероанастомоз «бок-в-бок»	Энтеро-энтероанастомоз «бок-в-бок»	Отек, лимфоплазмоцитарная инфильтрация. В мышечном слое тонкой кишки – инородный (шовный) материал, вокруг – очаги фиброза.

Только в 1 случае пациент, получавший консервативную терапию (по вышеописанной схеме), отметил улучшение самочувствия через 3 месяца после начала лечения. В настоящее время (через 2 года после верификации диагноза) он продолжает прием препаратов железа (мальтофер 100 мг 2 р/сут) per os, рецидивов кровотечения не отмечал, уровень гемоглобина остается в пределах нормальных значений (154 г/л).

В связи с неэффективностью консервативного лечения (рецидивами кровотечения и сохранением анемии) у 5 пациентов было выполнено оперативное лечение. Без консервативной терапии были также оперированы ещё 2 пациента непосредственно после верификации диагноза, выявления язвы, путем БАЭ.

Хирургическое лечение включало ре-резекцию участка тонкой кишки несущей анастомоз у 6 (85,7%) из 7 пациентов. Ре-анастомозы тонкой кишки представлены в Таблице 1.

У 3-х пациентов ре-анастомоз был наложен ручным швом с помощью нерассасывающегося шовного материала (полиамид, пролен), у 4-х пациентов – линейным сшивающим аппаратом.

Стоит отметить, что резекция «слепого конца» приводящей кишки, длиной 25 см, была выполнена у 1 (14,3%) пациента (Рис. 1–3); при этом в зону резекции не вошла зона анастомоза и «слепой конец» отводящей кишки, длиной менее 5 см, ввиду отсутствия патологических изменений.

В ходе хирургического вмешательства в середине «слепых концов» тонкой кишки язвенные дефекты, размерами 20x10мм были выявлены у 2-х пациентов, у которых в ходе БАЭ зона анастомоза не была достигнута из-за выраженного спаечного процесса в брюшной полости. При этом у 1-го из этих пациентов длины «слепых концов» тонкой кишки были по 22 см, у другого – по 10 см (Рис. 4–6). Таким образом, из 7 оперированных пациентов, язвы в области длинных «слепых концов» тонкой кишки имелись у 3 (42,8%) пациентов. Существует гипотеза о том, что наличие «слепых концов» тонкой кишки влияет на возникновение так называемого «синдрома избыточного бактериального роста», индуцирующего повреждение слизистой оболочки в области «слепого конца» [2].

По результатам обследования 1-й пациентки с полуциркулярной язвой области анастомоза гастроэнтерологи и терапевты предполагали наличие болезни Крона (Рис. 7–8), акцентируя в заключении консилиума, что клинических данных в пользу этого диагноза не наблюдается. По данным результата биопсии признаков болезни Крона выявлено не было, отмечались лишь признаки хронического воспаления. Однако, было решено назначить консервативное лечение, которое включало прием не только препарата 5-аминосалициловой кислоты (месалазин 2 г 2 р/сут per os) и препарата железа (ферлатум 15 мг 2 р/сут per os),

но и глюкокортикостероида (будесонид 3 мг 3 р/сут per os, в течение 3 месяцев). По результатам контрольной БАЭ, выполненной через 4 месяца от начала терапии, отмечалось сохранение размеров язвенного дефекта области анастомоза, без положительной динамики. Посев на микрофлору был выполнен с целью проверки гипотезы «синдрома избыточного бактериального роста (СИБР)». Данных за СИБР не было: уровни *E. Coli* и *Enterococcus faecalis* были в пределах референсных значений (10^7 КОЕ/г и 10^3 КОЕ/г, соответственно). В связи с неэффективностью консервативной терапии было выполнено оперативное вмешательство в объеме ре-резекции тонкой кишки. По результатам гистологического исследования, в дне язвенного дефекта был выявлен шовный материал (Рис. 9).

По данным гистологического исследования постоперационного материала у 7 пациентов (подробные заключения представлены в Таблице 1) во всех случаях была выявлена типичная морфологическая картина: дно язвенных дефектов представлено некротическими тканями с грануляциями, по периферии – лейко- и лимфоцитарной инфильтрацией, отеком. Гигантских многоядерных клеток, характерных для болезни Крона, а также признаков ишемии выявлено не было. Шовный материал в дне язвенного дефекта был выявлен у 2-х пациентов (в том числе у одного с язвами в области длинных «слепых концов» тонкой кишки).

В исследовании, проведенном Charbit-Henrion F. и соавт. [2], авторы, изучая гистологические заклю-

чения оперированных пациентов с язвами области энтеро-энтероанастомозов, также отмечали признаки хронического воспаления. Некоторые авторы считают возникновение подобных язв ответом на ишемические процессы в рубце области анастомоза, особенно если оперативное вмешательство было выполнено в детском возрасте: наличие рубца в зоне анастомоза может негативно влиять на кровоснабжение увеличивающейся в размерах кишки, по мере развития и роста ребенка [2,3,9]. Также одной из возможных причин возникновения язв области анастомозов предполагают реакцию на инородное тело, в том числе, шовный материал, после наложения ручного и аппаратного шва. [1,3]. На сегодняшний день нерешенным остается вопрос, влияет ли способ наложения анастомоза и вид шва на образование язв области анастомозов [2,3].

Послеоперационный период протекал гладко у 5 (71,4%) из 7 пациентов. Осложнение оперативного вмешательства – ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость – была диагностирована на 7-е и 10-е сутки у 2 (28,6%) пациентов, в связи с чем был выполнен адгезиолизис и назоинтестинальная интубация тонкой кишки с последующим гладким послеоперационным периодом.

После оперативного вмешательства в объеме ре-резекции области анастомоза в отдаленном периоде, в сроки наблюдения от 1 до 7 лет (средний – 3,5 года), признаков рецидива кровотечения у 7 пациентов не наблюдалось: уровень гемоглобина сохраняется в пределах нормы.

Заключение

Таким образом, проведен анализ результатов диагностики и лечения восьми случаев пациентов с ТКК неясного генеза, которые ранее были оперированы на тонкой кишке. Изучая данные послеоперационного течения заболевания наших пациентов, следует отметить, что первые признаки кровотечения появляются в среднем через 11 лет после оперативного вмешательства, сопровождаясь частыми рецидивами и развитием анемии средней и тяжелой степени (87,5% больных), тогда как, несмотря на многочисленные обследования, источник кровотечения диагностирован не был. Применение современных методов энтероскопии (видеокапсульной и баллонно-ассистированной энтероскопии) продемонстрировало высокую диагностическую способность в верификации источника рецидивирующих ТКК, язв области

энтеро-энтероанастомоза. Консервативное лечение, проведенное у 6 пациентов, оказалось эффективным только в 1 случае, в остальных – рецидивы ТКК стали причиной повторного оперативного вмешательства, которое было эффективным у всех пациентов. По полученным нами данным можно предположить, что наличие длинного «слепого конца», а также шовного материала в дне язв зоны анастомоза, выявленных в 3 наблюдениях, могут быть причинами образования язв области анастомоза в послеоперационном периоде. Таким образом, вопрос этиологии язв области энтеро-энтероанастомозов остается недостаточно изученным, поэтому требуется накопление клинического материала и анализ групп сравнения для более углубленного исследования данной темы.

Литература | Reference

1. Bhargava S.A. et al. Gastrointestinal bleeding due to delayed perianastomotic ulcers in children. *Am J Gastroenterol* 1995; 90:807–809.
2. Charbit-Henrion F. et al. Anastomotic ulcerations after intestinal resection in infancy. *Gastroenterology*. 2014; 59 (4): 531–536.
3. Chari S.T. et al. Ileocolonic Anastomotic Ulcers: A case series and review of the literature. *The American Journal of gastroenterology*. 2000. Vol.95 (5): 1239–1243.
4. Fisher L.R., Krinsky L. Anderson M.A. et al. The role of endoscopy in the management of obscure GI bleeding. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2010; 72 (3): 471–479.
5. Goldszmidt D, Duche M, Gauthier F. Small intestine ulcers 12 years after ileosigmoid anastomosis for neonatal necrotizing enterocolitis. *Arch Pediatr*. 1994; 1:1011–1013.
6. Gomez E., Valls F. et al. Postoperative small bowel and colonic anastomotic bleeding. Therapeutic management and complications. *Cirugia Espanola*. 2014; 92 (7): 463–467.

7. Gurudu R., Bruining D., Acosta R. et al. The role of endoscopy in the management of suspected small-bowel bleeding. ASGE Guideline. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2016; 1–10.
8. Hamilton AH et al. Severe anemia and ileocolic anastomotic ulceration. *Arch Dis Child*. 1992; 67:1385–1386.
9. Paterson C.A. et al. Late anastomotic ulceration after ileocolic resection in childhood. *Can J Surg*. 1993; 36: 162–164.
10. Pennazio M., Eisen G., Goldfarb N. ICCE Consensus for Obscure Gastrointestinal Bleeding. *Endoscopy*. 2005; 37 (10): 1046–1050.
11. Sonheimer JM et al. Anastomotic ulceration: a late complication of ileocolonic anastomosis. *L Pediatr*. 1995; 127:225–230.
12. Weinstock L. B. Endoscopic abnormalities of the anastomosis following resection of colonic neoplasm. *Gastrointestinal Endoscopy*. 1994; 40: 558–561.
13. Ivanova E. V. *Sovremennyye metody enteroskopii v diagnostike i lechenii zabolovaniy toshchey i podvzdoshnoy kishki*. Doct. Diss. [Modern methods of enteroscopy in the diagnosis and treatment of diseases of the jejunum and ileum. Dr. med sci. diss.] Moscow, 2013. 269 p.
Иванова Е. В. Современные методы энтероскопии в диагностике и лечении заболеваний тощей и подвздошной кишки. Дис. на соиск. уч. степени д.м.н. Москва. 2013-стр. 269.

К статье

Язвы тонко-тонкокишечных анастомозов как источник кровотечения у пациентов с резекцией тонкой кишки в анамнезе (стр. 30–36)

To article

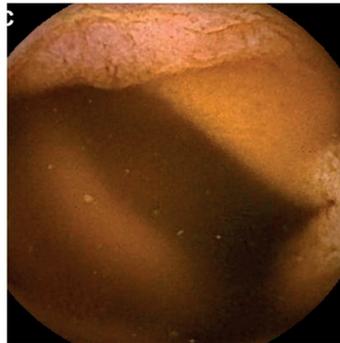
Ulcers thin-intestinal anastomosis as the source of bleeding in patients with resection of the small intestine in history (p. 30–36)



Пациент А, 36 лет. Видеокапсульная эндоскопия: язвенный стеноз подвздошной кишки (эндофото).



Пациент А, 36 лет. Баллонно-ассистированная энтероскопия: язвенный стеноз подвздошной кишки (эндофото).



Пациент С, 37 лет. Видеокапсульная эндоскопия: язвенный дефект подвздошной кишки (эндофото).

Рисунок 1.
Рисунок 2.
Рисунок 4.

Рисунок 3.
Пациент А, 36 лет. Резекция «слепого конца» приводящей кишки, длиной 25 см (макрофото).



Рисунок 5.
Пациент С, 37 лет. Анастомоз «бок-в-бок», длины «слепых концов» по 10 см (макрофото).



Рисунок 6.
Пациент С, 37 лет. Операционный материал: язва в середине «слепого конца», размерами 2x0,7 см.

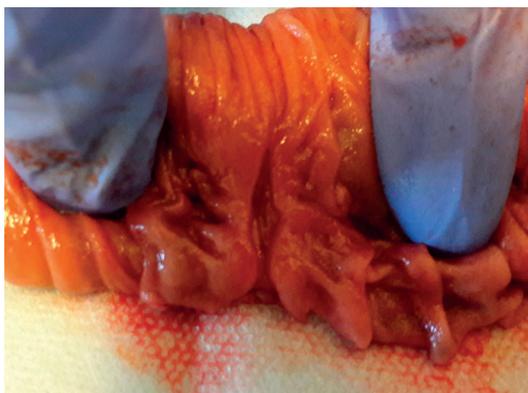


Рисунок 7.
Пациентка Л. 57 лет. Видеокапсульная эндоскопия: язвенный дефект подвздошной кишки (эндофото).

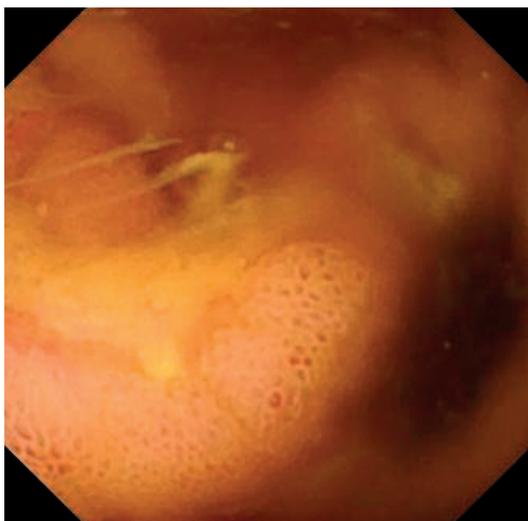


Рисунок 8.
Пациентка Л. 57 лет. Баллонно-ассистированная энтероскопия: полуциркулярная язва области энтеро-энтероанастомоза (эндофото).

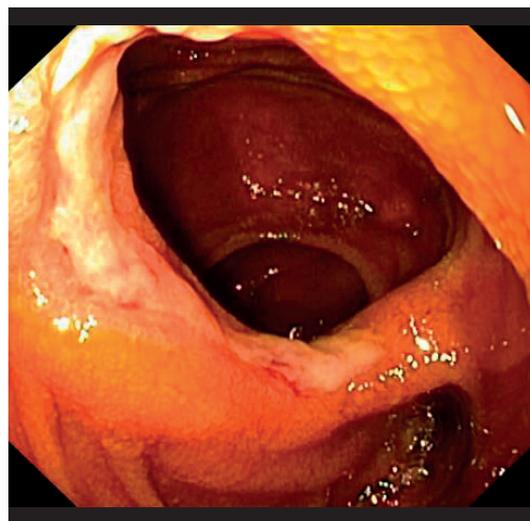


Рисунок 9.
Пациентка Л. 57 лет. Гистологическое исследование операционного материала (гематоксилин-эозин): шовный материал в дне язвенного дефекта (микрофото, x 50)

