Ангиодисплазия кишечника

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K55.2, K55.3, K55.8 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России"

Ангиодисплазия кишечника — редкое патологическое изменение сосудов кишечной стенки; выделяют врожденную и приобретенную формы. Главная клиническая проблема — кишечное кровотечение, поэтому рекомендация посвящена подтверждению источника кровопотери и выбору эндоскопического или хирургического лечения.

Главное

- Различают врожденную ангиодисплазию, связанную с нарушением внутриутробного формирования сосудов, и приобретенную — с патологическим строением правильно сформированных расширенных сосудов кишечника.
- Основное проявление — кишечное кровотечение. Для врожденной формы типичны безболезненное кровотечение, связанное с дефекацией, и алая кровь; для приобретенной — чаще темная кровь при поражении тонкой кишки и правых отделов ободочной кишки.
- Специфического лабораторного теста нет: общий анализ крови и коагулограмма нужны для оценки анемии и исходных нарушений гемостаза. При технической возможности можно определить ангиопоэтин-2 в периферической крови (УУР B, УДД 3).
- Основной метод диагностики — эндоскопия; следует стремиться осмотреть все отделы желудочно-кишечного тракта, определить локализацию и распространенность поражения, а также оценить интенсивность кровотечения и объем кровопотери.
- При приобретенной форме лечебная тактика определяется величиной кровопотери, периодичностью кровотечений и наличием положительных ангиографических симптомов. Специфическая медикаментозная терапия отсутствует.
- Профилактических мероприятий, предотвращающих развитие ангиодисплазии, не существует.

Диагностика

1. Уточнить жалобы и анамнез: кровь в стуле или эпизоды кровотечения, интенсивность и продолжительность кровотечения. Боль в животе обычно отсутствует; при врожденной форме первые проявления часто возникают с рождения или в раннем детстве, при приобретенной — обычно после 60 лет.
2. Выполнить физикальное обследование. Оно не подтверждает диагноз, но при врожденной форме трансректальное пальцевое исследование может выявить мягкое, легко сжимаемое внутрипросветное образование; наружный осмотр помогает распознать внекишечные проявления системного ангиоматоза.
3. Назначить общий анализ крови и коагулограмму для определения уровня гемоглобина, тяжести анемии и исходных коагулопатий (УУР C, УДД 4). При наличии технической возможности определить ангиопоэтин-2 (УУР B, УДД 3).
4. Провести колоноскопию для поиска сосудистых мальформаций и оценки распространенности поражения. Для приобретенной формы колоноскопия рекомендована всем пациентам; при отсутствии изменений в толстой кишке выполняют двухбаллонную интестиноскопию (УУР B, УДД 1).
5. При врожденной форме выполнить МРТ забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием и КТ органов брюшной полости с контрастированием (УУР C, УДД 4). При возможности дополнительно провести ангиографию брыжеечных сосудов (УУР C, УДД 5).
6. При приобретенной форме использовать ангиографию брыжеечных сосудов как дополнение к эндоскопии при технической возможности (УУР C, УДД 5). Суперселективная ангиография важна для определения локализации поражения и выбора объема резекции.
7. Если диагноз не установлен при эндоскопическом исследовании, при наличии технической возможности выполнить радионуклидное исследование; оно позволяет выявить источник кровотечения при кровопотере менее 0,1 мл/мин.

Лечение

- При врожденной форме с единичными небольшими сосудистыми образованиями и без выраженного кровотечения выполнить аргоноплазменную коагуляцию кровоточащего сосуда (УУР С, УДД 4).
- При врожденной ангиодисплазии резекция пораженного сегмента показана при неэффективности малоинвазивного лечения, большой площади поражения или вовлечении нескольких отделов толстой кишки, а также при ежедневном стойком кровотечении из прямой кишки со среднесуточной кровопотерей 30–50 мл и более, выраженной стойкой анемии, нарушении гомеостаза и ухудшении состояния (УУР С, УДД 4).
- При приобретенной ангиодисплазии специфической медикаментозной терапии нет. Для снижения частоты рецидивов кровотечения применяют октреотид в инъекциях по 20 мг 1 раз в 28 дней (УУР В, УДД 2).
- При незначительных периодических кровотечениях используют эндоскопическую абляцию, фотокоагуляцию или склерозирующее лечение. При наличии технической возможности применяют эндоскопический гемостаз: лазерную фотокоагуляцию, клипирование, электро- или термокоагуляцию (УУР С, УДД 4).
- При положительном результате ангиографии эндоваскулярная эмболизация может применяться как кровеостанавливающая мера; эффективность в описанных исследованиях составляла 60–90%, рецидив кровотечения отмечался в 0–33% случаев. Эти показатели относятся ко всем случаям кровотечения из тонкой и толстой кишки, а не только к ангиодиспластическим.
- При профузных рецидивирующих кровотечениях с выраженной анемией и ухудшением состояния, если малоинвазивное лечение неэффективно, выполняют резекцию соответствующего отдела кишечника (УУР С, УДД 4). Наиболее частая операция при приобретенной форме — правосторонняя гемиколэктомия с илео-трансверзоанастомозом.

Когда направить и как наблюдать

- Пациента с кишечным кровотечением, возможной причиной которого является ангиодисплазия, госпитализируют в общехирургический стационар.
- При установленной ангиодисплазии и необходимости хирургического лечения без осложнений госпитализация проводится в общехирургический стационар планово.
- Выписка возможна после исключения продолжающегося кровотечения и тяжелой анемии; после операции также не должно быть хирургических осложнений.
- После формирования кишечной стомы требуется реабилитация по программе для стомированных пациентов.

Частые вопросы

Как заподозрить врожденную и приобретенную формы ангиодисплазии?

Врожденная форма обычно проявляется повторными безболезненными кровотечениями, связанными с дефекацией, чаще алой кровью. Приобретенная форма чаще вызывает темную кровь из-за поражения тонкой кишки и правых отделов ободочной кишки.

Какие анализы нужны при подозрении на ангиодисплазию кишечника?

Специфической лабораторной диагностики нет. Выполняют общий анализ крови и коагулограмму для оценки анемии и гемостаза; при технической возможности определяют ангиопоэтин-2.

Что делать, если при колоноскопии источник кровотечения не найден?

При приобретенной форме проводят двухбаллонную интестиноскопию. Если диагноз при колоноскопии не установлен, при наличии технической возможности выполняют видеокапсульную эндоскопию тонкой кишки.

Какая медикаментозная терапия применяется при приобретенной ангиодисплазии?

Специфической медикаментозной терапии нет, но для уменьшения частоты рецидивов кровотечения применяют октреотид: 20 мг в инъекциях 1 раз в 28 дней (УУР В, УДД 2).

Когда требуется операция при приобретенной ангиодисплазии?

При профузных рецидивирующих кровотечениях, выраженной анемии, ухудшении общего состояния и неэффективности малоинвазивного лечения выполняют резекцию соответствующего отдела кишечника.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/174-angiodisplaziya-kishechnika. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/174_3