

ОПТИМАЛЬНІ СПОСОБИ ОЧИЩЕННЯ ТОВСТОГО КИШКІВНИКА ПЕРЕД КОЛОНОСКОПІЄЮ

Лазарук В.М.

Рівненська обласна клінічна лікарня, Україна

Вступ

Колоноскопія (КС) нині широко використовується для діагностики та лікування захворювань товстої кишки і є "золотим стандартом" для виявлення товстокишкових захворювань. КС надають перевагу для обстежень дорослих пацієнтів з товстокишковими симптомами, залізодефіцитною анемією, ненормальними рентгенологічними знахідками в товстому кишківнику, позитивними скринінговими тестами на колоректальний рак, для спостереження за хворими після поліпектомії та операції з приводу раку товстої кишки, для спостереження при запальних захворюваннях товстої кишки та при підозрі на наявність пухлинного утвору. Діагностична точність та безпеність колоноскопії залежить і від якості очищення кишківника. Погано підготовлений кишківник є найбільшою перешкодою для ефективної колоноскопії [2,18,19]. Ідеальний спосіб підготовки має забезпечити гарантоване та швидке очищення від усього фекального матеріалу. Він також не повинен впливати на водно-електролітний баланс, не змінювати макро- та мікроскопічну картину слизової оболонки, не викликати дискомфорту у пацієнтів і не бути дорогим.

На жаль, жоден із сучасних способів підготовки кишківника досі повністю не відповідає усім цим критеріям. [6,18] У 1980 р. Davis et al. [5] створили поліетиленгліколь (ПЕГ) — осмотично збалансований електролітний розчин для перорального вживання. ПЕГ швидко став "золотим стандартом" для підготовки до колоноскопії. Однак погана переносимість, пов'язана із солевим присмаком і неприємним запахом сульфатів та великим об'ємом розчину, призвела до подальшого удосконалення органолептичних якостей ПЕГ, дозування його, а також повернення до інших осмотичних послаблюючих, наприклад, фосфату натрію (НФ) [4,7-9,12,13,15]. Актуальним є пошук ідеального способу очищення кишківника перед проведенням КС, особливо в теперішній час, у зв'язку з швидким розвитком технологій покращеної візуалізації слизової (NBA, FISE)

Мета роботи — знайти можливу оптимальну схему підготовки хворих до КС.

Матеріали та методи

За період 2010 року в аналіз роботи включено 247 КС. Залежно від способу підготовки хворі були поділені на 4 групи. До першої групи ввійшло 65 (26,3%) хворих. Їм очищення кишківника проводили ПЕГ — 4 л напередодні — із 15 до 19 год. До другої ввійшло 71 (28,8%) хворих. Їм очищення кишківника проводили ПЕГ — 2 л напередодні із 16 до 18 год. та 2 л в день обстеження із 6 до 8 год. Для 50 (20,2%) хворих третьої групи очищення кишківника використали НФ. Призначалося дві дози розчину по 45 мл (3 столові ложки) з інтервалом 12 годин (ранок — вечір). До четвертої групи ввійшло 61 (24,7%) хворих. Їм очищення кишки проводили НФ. Призначалося дві дози розчину по 45 мл (3 столові ложки) з інтервалом 12 годин (вечір — ранок).

Хворі всіх груп були рівнозначні по статі та середньому віку. Із обстеження були виключені пацієнти з кишковою непрохідністю, наявністю стенозу верхніх відділів ШКТ, високою небезпекою перфорації кишківника, резекцією будь-яких відділів товстої кишки в анамнезі, вагою тіла пацієнта меншою 60 кг, шлунковою або кишковою кровотечею, важкою серцевою або нирковою недостатністю, метаколон, вагітні.

Результати та їх обговорення

У четвертій групі відсутність або наявність мінімальної кількості прозорої рідини, яку не потрібно відсмоктувати ("дуже добра" підготовка) спостерігалась у 45 (73,8%) хворих, яка легко відсмоктують ("добра" підготовка) — у 16 (26,2%) хворих. Наявність рідкого кишкового вмісту, який віднімається та відсмоктують з труднощами ("задовільна" підготовка) або густого, напівгустого калу, який заважає огляду та не може бути ефективно відсмоктуваний ("незадовільна" підготовка) не спостерігалось. У третій групі "дуже добра" підготовка всього кишківника була в 32 (64%) пацієнтів, "добра" — у 18 (36%). У другій групі "дуже добра" підготовка всього кишківника була в 37 (52,1%), "добра" — у 28 (39,4%), "задовільна" — у 6 (8,5%) пацієнтів. У першій групі "дуже добра" підготовка всього кишківника була в 30 (46,1%) пацієнтів, "добра" — у 24 (36,9%), "задовільна" — у 11 (17%).

Було виявлено, що схема з двома дозами НФ, коли перша доза вживалась ввечері перед процедурою, а друга — через 12 годин вранці в день дослідження, була більш ефективною, ніж схема з двома дозами НФ, які призначалися за день до обстеження, та схем із застосуванням повнооб'ємних розчинів ПЕГ [10]. Стандартна схема НФ (4 група) забезпечила вищий ступінь очистки в порівнянні з 3 групою. У пацієнтів 2 та 4 групи очистка "дуже добра" та "добра" спостерігалась частіше, ніж у 1 та 3 групі відповідно. Лаваж кишківника у пацієнтів 4 групи краще переносився та був більш ефективний ніж у 2 групі.

Також важливим є час прийому ПЕГ відносно до часу виконання обстеження. Як доведено в одній з робіт, прийом розчину ПЕГ за менш, ніж 5 годин до обстеження, забезпечив краще очищення кишківника порівняно з прийомом цього ж препарату більш, ніж за 19 годин до колоноскопії [3]. Подальші дослідження також демонстрували, що розподіл доз ПЕГ є ефективнішим, ніж прийом в одній дозі. Спосіб та/або час дозування є важливішими для якості підготовки кишки, ніж обмеження у дієті [1]. В 3, 4 групах

ВІДНОВЛЕННЯ ПРОХІДНОСТІ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ ПРИ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИНАХ ШЛЯХОМ ЕНДОСКОПІЧНОГО СТЕНТУВАННЯ

Милиця М.М., Давидов В.І., Тімченко В.Ф., Товбін Ю.В.

Запорізька медична академія післядипломної освіти, кафедра хірургії і проктології, Україна

Summary

This is the reflection of the results of an endoscopic examination of the eight patients with the malignant tumours of esophagus, cardiac orifice and stomach that are complicated by the stenosis. In comparison with the usage of the symptomatic surgery of gastrostomy, stantation has certain advantages. Patients can meal by the natural way. Fixing of stant is a little invasive method, which can be carried out to patients in poor conditions, it also guarantees safe aftertreatment. Patients, who were fixed with a stant, were able to meal any kind of food on the second day after the stantation.

Key words: endoscopic stantation, esophagus, stomach, malignant tumours.

Вступ

Рак стравоходу займає одну з перших сходинок серед причин смертності від онкологічних захворювань. Лише 20% хворим на рак стравоходу вдається виконати радикальне

не спостерігалось надходження пінистого вмісту із тонкого кишківника, що було відмічено в 1 та особливо в 2 групі. Регулярний сніданок та безшлаковий обід у пацієнтів 4 групи зменшував відчуття голоду.

В 4 групі було троє хворих, яким проводилась раніше підготовка до КС розчином ПЕГ, а тепер їм був запропонований НФ. Всі троє відмітили легшу переносимість НФ (відсутність вздуття, слабкості, болей в животі, втомлюваності, менш виражену тошноту) та виявили бажання підготуватись ним до наступної можливої КС. Результати досліджень продемонстрували, що краща переносимість підготовки кишківника за допомогою НФ, ніж з ПЕГ. Це позитивно впливає на комплексне хворих, яким проводився лаваж кишківника НФ.

В одній хворій з 3 групи спостерігалась поодинокі фібриноїдні афти прямої та сигмовидної кишки на фоні незміненої слизової, але клінічно вони не проявлялись, як відмічають та інші дослідження [17]. НФ є низькооб'ємним, гіперосмотичним (осмотична дія направлена на вихід води із тканин кишківника в його просвіт) на відміну від високооб'ємного, ізоосмотичного ПЕГ (кишківник очищається шляхом випорожнення великого об'єму вжитої рідини). НФ спричиняє рух води за осмотичним градієнтом з плазми у просвіт кишківника, що і сприяє його очищенню. Це може призвести до розладів водного та електролітного балансу. Прийом НФ повинен супроводжуватись споживанням значної кількості рідини з метою запобігання дегідратації.

Всі хворі 2, 3 та 4 груп завершили підготовку, а от у 1 групі через суб'єктивні причини не змогли випити великий об'єм рідини 5 (7,7%) пацієнтів. За даними літератури від 5% до 15% пацієнтів не закінчують підготовку у зв'язку з відчуттям поганого присмаку і/або великим об'ємом розчину [11,14]. Досліджено, що ПЕГ, призначений поділеними дозами (2-3 літри ввечері перед обстеженням та 1-2 л зранку в день колоноскопії) мав таку ж ефективність та краще переносився хворими порівняно з стандартним прийомом 4 л напередодні обстеження [16], що було відмічено і в нашому дослідженні.

Висновки

Підготовка товстої кишківника водним розчином НФ є прийнятною альтернативою розчинам ПЕГ. Дозування водного НФ в два прийоми по 45 мл з проміжком у 12 годин (вечір-ранок) позитивно впливає на комплексне хворих. Схеми з розподілом доз ПЕГ по 2-3 літра ввечері перед колоноскопією і 1-2 літра зранку — в день обстеження покращує переносимість препарату.

Література

1. Aoun E., Abdul-Baki H., Azar C. et al. (2005) A randomized single-blind trial of split-dose PEG-electrolyte solution without dietary restriction compared with whole dose PEG-electrolyte solution with dietary restriction for colonoscopy preparation. *Gastrointest. Endosc.* 62: 213-218
2. Beck D.E., Harford F.J., Di Palma J.A. (1985) Comparison of cleansing methods in preparation for colonic surgery. *Dis Colon Rectum.* 28: 491-495
3. Church J.M. (1998) Effectiveness of polyethylene glycol antegrade gut lavage bowel preparation for colonoscopy-timing is the key. *Dis Colon Rectum.* 41: 1223-1225
4. Cohen S.M., Wexner S.D., Binderow S.R. et al. (1994) Prospective, randomized endoscopist-blinded trial comparing precolonoscopy bowel cleansing methods. *Dis Colon Rectum.* 37: 689-696
5. Davis G.R., Santa C.A., Morawski S.G. et al. (1980) Development of a lavage solution with minimal water and electrolyte absorption or secretion. *Gastroenterology.* 78: 991-995
6. Di Palma J.A., Brady C.E. (1989) Colon cleansing for diagnostic and surgical procedures: polyethylene glycol-electrolyte lavage solution. *Am. J. Gastroenterol.* 84: 1008-1016
7. Di Palma J.A., Marshall J.B. (1990) Comparison of a new sulfate-free polyethylene glycol lavage solution versus a standard solution for colonoscopy cleansing. *Gastrointest. Endosc.* 36: 285-289
8. Froehlich F., Fried M., Schnegg J.F. et al. (1992) Low sodium solution for colonic cleansing: a double blind, controlled, randomized prospective study. *Gastrointest. Endosc.* 38: 579-581
9. Froehlich F., Fried M., Schnegg J.F. et al. (1991) Palatability of a new solution compared with standard polyethylene glycol solution for gastrointestinal lavage. *Gastrointest. Endosc.* 37: 325-328
10. Frommer D. (1997) Cleansing ability and tolerance of three bowel preparations for colonoscopy. *Dis Colon Rectum.* 40: 100-104
11. Golub R.W., Kerner B.A., Wise W.E. (1995) Colonoscopic preparations-which one? A blinded, prospective, randomized trial. *Dis Colon Rectum.* 38: 594-597
12. Hookey L.C., Depew W.T., Vanner S. (2002) The safety profile of oral sodium phosphate for colonic cleansing before colonoscopy in adults. *Gastrointest. Endosc.* 56: 895-902
13. Hsu C.W., Imperiale T.F. (1998) Meta-analysis and cost comparison of polyethylene glycol lavage versus sodium phosphate for colonoscopy preparation. *Gastrointest. Endosc.* 48: 276-282
14. Marshall J.B., Pineda J.J., Barthel J.S. et al. (1993) Prospective, randomized trial comparing sodium phosphate solution with polyethylene glycol electrolyte lavage for colonoscopy preparation. *Gastrointest. Endosc.* 39: 631-634
15. Raymond J.M., Beysac R., Capdenat E. et al. (1996) Tolerance, effectiveness, and acceptability of sulfate-free electrolyte lavage solution for colon cleansing before colonoscopy. *Endoscopy.* 28: 555-558
16. Rosch T., Classen M. (1987) Fractional cleansing of the large bowel with Golytel for colonoscopic preparations: a controlled trial. *Endoscopy.* 19: 198-200
17. Rejchrt S., Bures J., Siroky M. et al. (2004) A prospective, observational study of colonic mucosal abnormalities associated with orally administered sodium phosphate for colon cleansing before colonoscopy. *Gastrointest. Endosc.* 59: 651-654
18. Toonson J.D., Gates L.K. (1996) Bowel preparation before colonoscopy. Choosing the best lavage regimen. *Postgrad. Med.* 100: 203-214
19. Zmora O., Wexner S.D. (2001) Bowel preparation for colonoscopy. *Clin. Colon Rectal Surg.* 14: 309-315

оперативне втручання [2,3]. З цього приводу паліативні методи лікування даної патології є найпоширенішими в світі. Головною метою цих методик є усунення основного симптому раку стравоходу — дисфагії. Дисфагія, домінуючий синдром при "стенозуючій" патології верхніх відділів ШКТ призводить до афатії і кахексії. Пацієнтам з даною патологією необхідна допомога з гарантованою низькою летальністю, невисокою частотою ускладнень [1-3].

Гастростомія — найбільш простий метод забезпечення харчування цієї категорії хворих. Проте, гастростомія психологічно дуже важко сприймається пацієнтами та призводить до їх соціальної дезадаптації, не забезпечує адекватного харчування, викликає у пацієнтів дискомфорт. Суттєво, що цій операції властива висока летальність, оскільки її виконують хворим за життєвими показниками [4-6].

Як альтернатива гастростомії сьогодні широко використовуються ендоскопічні методи реканалізації стравоходу. Такими є бужування, електрокоагуляція біполярним

зондом, реканалізація високоенергетичним лазером, фотодинамічна реканалізація низькоенергетичним лазером, інтубація пухлини жорсткими сітками протезами та, нарешті, встановлення дотриятих стентів, що саморозширюються.

Мета роботи: доказ переваги встановлення стравохідного стенту у хворих на ускладнений рак стравоходу.

Матеріали та методи

В клініці хірургії і проктології ЗМАОП за період 2007–2009 рр. було виконано стентування 8 пацієнтів у віці від 68 до 79 років зі зльокнісними новоутвореннями стравоходу і кардії, ускладненими стенозом. Чоловіків було двоє, жінок — 6. Показаннями до стентування стравоходу і кардіоезофагеальної ділянки були:

- звуження просвіту стравоходу і кардіоезофагеальної ділянки діаметром менше 0,7 см, зумовлене стенозом;
- зльокнісні пухлини і метастатичне ураження органів середостіння з вторинним ураженням чи здавленням стравоходу зовні;
- рецидиви раку шлунка з розвитком зльокнісної стриктури в ділянці стравохідно-кишкового анастомозу в зв'язку з пухлиною, зростання якої триває;
- загроза розпаду пухлини під час проведення спеціального лікування;
- значна хакексія або супутня патологія, яка виключає проведення спеціального лікування.

Перед імплантацією стенту в більшості випадків ми проводили реканалізацію зони переходу до діаметру провідника, що доставляє пристрій стенту. Для цього застосовували ендоскопічні методи реканалізації просвіту стравоходу: балонна дилатація, бужування стравохідними бужами, діатермокоагуляція голчастим електродом.

Показаннями до проведення реканалізації були: стенозуючий рак кардіоезофагеальної ділянки зі стриктурою просвіту стравоходу менше 0,7 см в діаметрі, а також стриктури звужень стравоходу після радикального оперативного лікування раку стравоходу і кардіоезофагеальної ділянки. Перед проведенням стентування ретельно збирався анамнез, проводилась рентгенографія стравоходу і шлунка з барієм, рентгенографія органів грудної клітки. Виконувалась езофагогастроудоденоскопія з морфологічною верифікацією процесу, УЗД і КТ органів черевної порожнини.

Використовувались стравохідні стенти розробки медичного центру "Ендомед" (Україна), які виготовляються з зигзагоподібної пружини з біологічно інертних марок сталі і можуть мати плівкове покриття з політетрафторетилену. Довжина стентів складала 120–160 мм, діаметр — 20 мм. У стиснутому вигляді стент вміщували у пристрій для його доставки. Пристрій являє собою тефлоновий катетер із зовнішнім діаметром 6 мм та довжиною не менше 500 мм, має також вшитовувач стенту — поліуретановий стрижень діаметром 4 мм, довжиною трохи більшою, ніж довжина зонду. Під візуальним контролем езофагогастрокопу заводили пристрій, що доставляє стент, після чого оболонку пристрою стягували. Стент розправлявся, виконувалась візуальний огляд ділянки імплантації і ступеня розкриття стенту. Повне розкриття відбувалось протягом 72 годин. Обов'язковою умовою був рентгенологічний контроль після імплантації.

Клінічне спостереження

Хвора Д., 65 років, надійшла в хірургічне відділення 28/12-2009 з діагнозом захворювання стравоходу. Скарги на утруднення проходження їжі та рідини по стравоходу, виникають при цьому болі за грудиною, відрижку повітрям, зниження ваги, відразу до їжі. Хворі близько двох тижнів, коли з'явився біль за грудиною при вживанні їжі, утруднені її проходності. Через тиждень больовий синдром став наростати, що призвело до відмови хворої від їжі.

ЕГДС (29/12-2009): захворювання кардіального відділу стравоходу і субкардіального відділу шлунка. Рентгеноскопія ШКТ (30/12-2009): захворювання склепіння і верхньої третини тіла шлунка? Рентгеноскопія органів грудної клітки (30/12-2009): легені та серце в межах вікових змін. УЗД ППБС (30/12-2009) — ехознаки хронічного безкам'яного холециститу, деформація жовчного міхура. Вогнищені утворення печінки (гемангіома? Мts?). Помірне дифузне ущільнення рарсгс. Ендокринолог (04/01-2010): цукровий діабет, тип II, легкий перебіг, стадія декомпенсації.

АОРТОЕЗОФАГЕАЛЬНА ФІСТУЛА ЯК РІДКІСНА ПРИЧИНА ЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ КРОВОТЕЧІ

Мокрик В.Ю., Мокрик Ю.М., Богославський Б.І., Нечипорук Т.П., Ковтунець А.Т.

Рівненська обласна клінічна лікарня, Україна

Summary

An aortoesophageal fistula is a rare cause of upper gastrointestinal bleeding whose outcome is usually fatal. The diagnosis is invariably made post-mortem with only anecdotal reports of successful salvage available in the literature. Most cases are due to aortic disease. In a rare case cause of aortoesophageal fistula is oesophageal malignancy (Up to 0.2% in the general structure of nonvariceal oesophageal hemorrhage). On today's in the literature about 85 cases of the given pathology are described. We report a case of aortoesophageal fistula due to esophageal carcinoma what has ended with a fatal bleeding, which we have met in our practice.

Key words: aortoesophageal fistula, oesophageal malignancy, oesophageal bleeding, "herald" hemorrhage.

Вступ

Шлунково-кишкові кровотечі завжди були однією з самих серйозних проблем медицини. Найбільш часто вони виникають при гастро-дуоденальних виразках, ерозіях, гастритах, езофагітах, синдромі Меллорі-Вейсса, варикозно розширених венах стравоходу, виразках Баррета, новоутворях стравоходу та шлунку. Частота госпіталізації при даній патології складає від 36 до 102 на 100 тисяч дорослого населення [3,6]. В усіх вікових групах захворюваність вище серед чоловіків, ніж серед жінок. Рівень смертності знаходиться в межах 8-14%. Летальність при рецидиві кровотечі залишається високою і не має тенденції до зниження: її рівень становить 30-40% [7].

В Україні щоденно в середньому 100 чоловік із шлунково-кишковими кровотечами потребують невідкладної терапії, а близько 4 помирають від різноманітних ускладнень ШКК [5]. За останні 5 років в Україні кількість кровотеч в просвіт травного тракту збільшилась на 14%. Не дивлячись на велику кількість публікацій, багато питань діагностики, хірургічної тактики та вибору методу лікування у цієї категорії пацієнтів, які і раніше, залишаються спірними і до кінця не вирішені [2].

В загальній структурі шлунково-кишкових кровотеч виділяють основні причини її виникнення: виразкова хвороба — 53,7%; ерозивний гастродуоденіт — 14,4%; пухлини — 10,5%; широкі печінки — 6,1%; синдром Меллорі-Вейсса — 7,3%; діафрагмальна грижа — 1,1% [5]. За винятком кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу обумовлених портальною гіпертензією, кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту лише в 17% обумовлені патологією стравоходу. Вони в 65% обумовлені рефлюкс-езофагітом, в

Операція (6/01-2010) — діагностична лапаротомія, дренування черевної порожнини. Пухлина кардіального відділу шлунка, розмірами 3x5 см, кам'янистої щільності, простала в ліву нирку, діафрагму і нижню третину стравоходу, стенозуючи останній. Врховуючи соматичний статус, наявність декомпенсованої форми цукрового діабету випадок визнано іноперабельним.

Діагноз після операції: захворювання кардіального відділу шлунка T4N1M1, ст. IV. Цукровий діабет, II тип, стадія декомпенсації.

Гістологічне заключення: недиференційований рак з некрозом.

На другу добу після стентування хвора почала приймати їжу через рот. Ускладнень не було. Найближчі функціональні результати стентування задовільні. ЕГДС (13/01-2010): стентування нижньої третини стравоходу і верхньої третини шлунка. Стент встановлено довжиною до 10 см на відстані від 38 см до 48 см від різців. 19/01-2010 виписана в задовільному стані для подальшого спостереження у хірурга, ендокринолога за місцем проживання.

Результати

Методика стентування мала очевидну перевагу у порівнянні з неоперативними паліативними методами — гарантоване усунення дисфагії. Навіть при повній рентгенологічній регресії внаслідок проведення радіохіміотерапії середній час до прогресування складає 4-7 місяців. В порівнянні із застосуванням симптоматичної операції гастростомії стентування має безперечні переваги і хворі можуть приймати їжу природним шляхом. Встановлення стенту є малоінвазивною методикою, яку можна проводити хворим у важкому стані, гарантує безпечне проведення подальшого лікування без ризику розвитку стравохідної норії.

Всі хворі, яким було встановлено стенти, мали змогу приймати будь-яку їжу природним шляхом вже на другу добу після стентування. Можливих ускладнень після встановлення стентів не спостерігали. Найближчі функціональні результати стентування в усіх восьми пацієнтів можна розцінювати як задовільні.

Висновки

Встановлення стентів хворим на місцево поширений та ускладнений рак стравоходу є ефективним методом лікування, який дозволяє гарантовано відновити прохідність стравоходу та запобігти розвитку летальних ускладнень. Показаннями до стентування є: стенозуючий рак стравоходу і кардіоезофагеальної зони у неоперабельних пацієнтів, рецидиви раку шлунка після гастроектомії з розвитком зльокнісної стриктури в зоні стравохідно-шлункового анастомозу, значна хакексія, або супутня патологія, яка виключає проведення спеціального лікування. Проведення стентування відноситься до методик малоінвазивного лікування і може бути рекомендовано хворим у важкому стані. Встановлення стравохідного стенту дозволяє хворому приймати їжу природним шляхом, що є перевагою у порівнянні з методикою гастростомії.

Література

1. Кіркільський С.І., Кондрацький Ю.М., Хайдар Х. та співав. (2002) Використання дрового стенту, що розширюється, для лікування стравохідно-трахеального свища, який був викликаний розпадом рецидиву раку стравоходу. Клінічна хірургія. 10: 59-61
2. Ганул В.Л., Кіркільський С.І. (2003) Рак шлунка: руководство для онкологів і хірургів. (Київ). "Книга плюс". 200 с.
3. Кіркільський С.І., Лукашенко А.В., Кондрацький Ю.М., Пасечний С.В. (2005) Імпозиціонування саморозширюючихся проволочних шлункових стентів у больових с осложненными заболеваниями пищевода. Тези доп. наук.-практ. конф. "Проблеми сучасної торакальної хірургії". (Сімферт — Кіровоград). с. 93-97
4. Бобров О.Е., Кіркільський С.І., Бучнев В.И. с соавт. (2005) Лечение несостоятельности шлунково-тонкокишечного анастомоза. Таврический медико-биологический вестник. 1: 11-13
5. Мамонтов А.С., Соколов В.В., Верешагин В.Г. (2003) Лечение тактика при нерезектабельном раке пищевода с дисфагией II-IV степени: обходное шунтирование, гастростомия или эндопротезирование? Палладиат. мед. и реабилит. 2: 88-89
6. Бобров О.Е., Кіркільський С.І., Бечнев В.И. с соавт. (2005) Принципы лечения несостоятельности шлунково-тонкокишечного анастомоза после гастрэктомии. Актуальные проблемы сучасной медицины: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 5: 1 (9): 18-20

30% — синдромом Меллорі-Вейсса. Частота зльокнісних пухлин у цих пацієнтів складає менше 2%, частота зльокнісної аортоезофагеальної фістули (АЕФ) — єдиного стану що супроводжується масивною, як правило, фатальною кровотечею, менш ніж 0,2% [13].

На першому місці серед етіологічних факторів у виникненні АЕФ в 54,2% є розрив розшаровуючої аневризми грудного відділу аорти. Наступними по частоті є сторонній тіла стравоходу — 19,2% та рак стравоходу — 17%. В ряді випадків (9%) АЕФ викликають туберкульоз, перфорація виразки Баррета, тривала назогастральна інтубація, зовнішня травма, ятрогенне пошкодження при операціях на аорті та стравоході [14]. Так, у роботі Hollander and Quik (найбільш широкому огляді описаних в літературі епізодів АЕФ, що включив 500 випадків), майже в 50% відсотках причиною виникнення цього ускладнення була розшаровуюча аневризма аорти, і лише в 85 випадків причиною виникнення АЕФ був рак стравоходу, що вказує на виключну рідкість цієї патології.

Вперше АЕФ була описана Dubreuil в 1818 році. В 1919 році Chiari була описана класична триада симптомів при АЕФ — ретростернальний біль, дисфагія та сигнальна кровотеча, яка й була названа його іменем. АЕФ рідко діагностується до розвитку масивної, часто фатальної кровотечі. Симптоми триади Chiari спостерігаються в 45-80% [11,14]. Сигнальна кровотеча, як правило, виникає в період 24-72 години.

З інструментальних методів для діагностики АЕФ застосовують езофагоскопію, аортографію, комп'ютерну томографію. Ендоскопічними критеріями АЕФ є:

- пульсуюча маса в підслизовому шарі з (або без) фіксованим згортком;
- слизова оболонка сіновою-сірого кольору (сіношия) за рахунок підслизової гематомі;
- наявність стороннього тіла, виразки чи езофагіту;
- візуалізується отвір фістули (рідко) [15].

Щільність езофагоскопії не підлягає сумніву, хоча деякі автори наголошують, що застосування цього методу може спровокувати передчасний розвиток масивної кровотечі [9,10,12]. Також високоефективним методом діагностики АЕФ є комп'ютерна томографія, що візуалізує псевдоаневризму між стравоходом та аортою.

З понад 6 000 випадків гострих шлунково-кишкових кровотеч, які ми спостерігали в Рівненській обласній клінічній лікарні, з такою патологією ми зустрілися вперше.