

Результати і їх обговорення

В отделе компьютерной томографии обследовано 47 пациентов (из них в 23 случаях после проведенной колоноскопии — рис. 1 а-б). Выявленная патология: рак толстой кишки — 21 (33,7%); полипы толстой кишки — 18 (38,3%) от 0,4 до 4,5 см (единичные полипы — 8 (17%), множественные полипы — 10 (21,2%)); КТ-признаки малигнизации полипа — 2 (4,2%).

В 23 случаях выполнено исследование с внутривенным болюсным контрастированием. При этом в 9 случаях были выявлены метастазы в печень, в 2 случаях визуализировался кровеносный сосуд. Внутривенное контрастирование позволило более четко визуализировать вторичные изменения (протяженность инфильтрации стенки кишки, брыжеечные лимфатические узлы, метастазы в печень), что позволило более точно определить стадию опухолевого процесса. Выявленные сопутствующие изменения: долихосигма — 4 (8,5%); дивертикулез — 8 (17%), из них с КТ-признаками дивертикулита 2 (4,2%).

Иллюстрации клинических наблюдений

- Пациент Н. — колоноскопическая картина рака восходящего отдела толстой кишки. Поксимальное новообразование провести аппарат не удалось. Судить о протяженности объемного процесса не представляется возможным. Выполнена КТ (рис. 2 а) и виртуальная колоноскопия (рис. 2 б-с).
- Пациент С. — эндоскопически визуализируется полип сигмовидной кишки (рис. 3 а). Виртуальная колоноскопия (рис. 3 б). Компьютерная томография полипа сигмовидной кишки (рис. 3 с). После проведения цитоморфологической верификации полип удален эндоскопически. Данные о размерах полипа полученные при выполнении компьютерно-томографического исследования, виртуальной колоноскопии, а так же после проведения эндоскопической полипэктомии отличались незначительно.
- Пациент З. — сопоставительная картина. Эндоскопически визуализируется полип нижней ветви ободочной кишки (рис. 4 а-б). КТ-виртуальная колоноскопия (рис. 4 с). Компьютерная томография полипа с болюсным контрастированием (рис. 4 д). Компьютерно-томографическая картина с применением внутривенного болюсного контрастирования (рис. 5 а-с).

Полученные результаты позволяют отметить высокую эффективность виртуальной колоноскопии в диагностике не только экзо и эндодифтных образований, но и дивертикулеза толстой кишки. При наличии технических возможностей вышеперечисленных методик, на наш взгляд, создаются условия для создания алгоритма обследования паци-

ентов с патологией толстой кишки, что позволит сократить сроки обследования пациента, улучшая качество диагностики.

Выводы

Анализ полученных данных и литературы позволили сделать выводы, что виртуальная колоноскопия является достаточно чувствительной методикой (93%) в выявлении патологии толстой кишки. Совместная эндоскопическая и компьютерно-томографическая диагностика дает возможность оценить в полном объеме состояние толстой кишки, при этом информация о состоянии окружающих органов и систем позволит своевременно и качественно принять меры для оказания адекватной консервативной или оперативной помощи пациентам.

Виртуальная колоноскопия, как продолжение эндоскопического исследования, реализует возможность постановки диагноза пациентам с патологией толстой кишки "в одно посещение", что с одной стороны сокращает сроки догоспитального обследования больных, при этом отсутствие необходимости повторной подготовки положительно сказывается на психоэмоциональном состоянии обследуемых.

Учитывая рост заболеваемости толстого кишечника, как результат воздействия полиэтиологических факторов, рост заболеваемости колоректальным раком, возникает острая необходимость в организации и разработке комплексных мероприятий, направленных на расширение спектра и улучшение качества своевременного колопроктологического обследования населения.

Литература

1. Елисеенко А.В., Куделькина Н.А. (2009) Первый опыт применения виртуальной колоноскопии в диагностике патологии толстой кишки. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 5; XIX (203): 55
2. Кондратенко П.Г., Губертин Н.Б., Элин Ф.Э., Смирнов Н.Л. (2006) Клиническая колопроктология. (Харьков). "Факт", с. 234-237
3. Харченко Н.В., Бабак О.Я. (2007) Гастроэнтерология. (Москва). "Медицина". 720 с.
4. Хомутова Е.Ю., Игнатъев Ю.Т. и др. (2009) Возможности виртуальной колоноскопии в скрининге колоректального рака и аденоматозных полипов. Материалы III Всероссийского национального конгресса лучевых диагностов и терапевтов. (Москва). 528 с.
5. Хомутова Е.Ю., Игнатъев Ю.Т. и др. (2009) Автоматическое обнаружение новообразований при виртуальной колоноскопии: первый опыт. Материалы III Всероссийского конгресса лучевых диагностов и терапевтов "Радиология 2009". (Москва). 528 с.
6. Greff M. (1999) Colorectal cancer screening in France: Guidelines and professional reality. 6: 471
7. Bond J.H. (1998) Colonic tumors Minneapolis VA Med. Cent., (Minneapolis, Minnesota). 2: 150-157

АСПЕКТИ ВИКОНАННЯ ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОЇ КОЛОНОСКОПІЇ

Шевелюк С.Б., Орлов О.Л., Криворук О.М.

Київська міська клінічна лікарня №18, Україна

Вступ

Колоноскопію потрібно вважати найскладнішим лікувально-діагностичним методом в ендоскопії, що вимагає дуже чіткого і виваженого підходу до постановки показів та виявлення протипоказів для її проведення, підготовки пацієнта і, головне, техніки виконання.

Мета роботи — знизити ризик виникнення ускладнень після діагностично-лікувальної колоноскопії у хворих з захворюваннями товстої кишки шляхом удосконалення техніки колоноскопії, формулювання основних тактичних принципів її виконання.

Матеріали та методи

За період з 1999 по 2009 роки в нашому відділенні було виконано більше 25000 діагностично-лікувальної колоноскопії. Колоноскопії виконувалися колоноскопами CF-10I, CF-EL, CF-20L, PCF-20L, CF-40I, CF-Q160AL Olympus (Японія) та EC-3470 Pentax (Японія).

Результати та їх обговорення

Після діагностичних колоноскопій ускладнень не спостерігалось. Перед виконанням дослідження лікар-ендоскопіст повинен особисто ознайомитись з усією наявною медичною документацією, зібрати анамнез хвороби та життя хворого з метою виявлення прихованих обставин (перенесені операції, травми інші захворювання і стани), які будуть впливати на можливість і якість виконання колоноскопії. Покази для проведення колоноскопії виставляє лікуючий лікар, але обов'язком лікаря-ендоскопіста є перевірка їх адекватності, не можна гнати на поволу у тих лікарів, котрі призначають колоноскопію всім хворим підряд, не маючи повного розуміння що це за методика, коли вона показана і чим вона небезпечна.

Навіть діагностична колоноскопія може супроводжуватись небезпечними для життя ускладненнями, основними з яких є перфорація стінки кишки та внутрішньочеревна кровотеча [1-3,6,8] (апоплексія яєчника, десерозація кишки, розриви паренхіматозних органів черевної порожнини), частота виникнення яких за статистичними даними складає до 0,17% [2,8]. Також ми хочемо звернути увагу на виникнення у хворих, яким проводиться колоноскопія, позачеревні ускладнень до яких відносяться важкі порушення серцевого ритму (брадикардія, тріпотіння передсердь та ін.), розвиток важкої серцево-легеневої недостатності пусковим механізмом яких є виникнення вазо-вагальних рефлексів, розриви аневризми аорти або серця, інфаркт міокарду у відповідь на виражений больовий синдром під час дослідження, гостре порушення мозкового кровообігу внаслідок стрімкого підняття артеріального тиску і таке інше [2,3,6,8]. Причинним виникнення ускладнень є невиявлення і неврахування протипоказів для проведення дослідження і грубе порушення техніки його виконання, що призводить до перерозтягнення кишки, її десерозації внаслідок відриву внутрішньочеревних спайок, розриву кишки дистальним кілцем ендоскопу [2,3].

Виконання колоноскопії потребує дотримання наступних основних принципів: виявлення протипоказів і встановлення показів для проведення дослідження; якісна підготовка товстої кишки до дослідження; чітке дотримання техніки виконання дослідження. Колоноскопія має закрючатися в повному огляді товстої кишки, а за таких захворювань, як виразковий коліт, хвороба Крона, дифузний поліпоз в обов'язковому порядку має проводитись огляд термінального відділу тонкої кишки. Колоноскопія є самостійним методом дослідження товстої кишки. Колоноскопія має проводитись тільки після протологічного огляду хворого.

Проведення колоноскопії показане: при поліпах прямої кишки виявлених при ректороманоскопії; при дифузному поліпозі; при виразковому коліті та хворобі Крона; при нестановлених джерелах кишкової кровотечі; при клінічних чи рентгенологічних даних за наявності доброякісних або злоякісних новоутворень товстої кишки; при будь-якому

процесі в товстій кишці, коли для встановлення діагнозу необхідна морфологічна верифікація; при доброякісних новоутвореннях для проведення динамічного спостереження; лікувальна колоноскопія (видалення поліпів, запущена кровотеча, розширені біопсії, видалення сторонніх тіл та ін.); з метою скринінгу колоректального раку всім пацієнтам старше 45 років [2,3].

Протипокази до проведення колоноскопії розділяються на дві групи: абсолютні та відносні [2]. До абсолютних відносяться: гостре порушення мозкового кровообігу, інфаркт міокарду, важкі ступені серцево-легеневої недостатності, важкі порушення ритму серцевої діяльності, аневризми аорти і серця, гострі запальні інфільтрації та абсцес черевної порожнини.

До відносних протипоказань відносяться стани за яких колоноскопії виконують лише в екстрених випадках (наприклад, з метою зупинки товстокишкової кровотечі): гострі запальні захворювання аноректальної зони, ранній післяопераційний період після втручання на органах черевної порожнини та малого тазу, вагітність, гепатоспленомегалія, напружений асцит, гідроторакс, гідроперикард, геморагічні васкуліти, початок менструального циклу у жінок.

Ми звертаємо увагу на великий ризик пошкодження паренхіматозних органів черевної порожнини при гепатоспленомегалії та пошкодження яєчників на початку менструального циклу внаслідок їх фізіологічних змін. Небезпека виникнення кровотечі за таких умов обумовлена не тільки схильністю до травматизації цих органів, а і можливістю виникнення відтермінованих кровотеч внаслідок їх субкапсулярного розриву.

Обов'язковою умовою виконання колоноскопії є бездоганна підготовка товстої кишки до дослідження. Даний фактор відіграє одну з вирішальних ролей в профілактиці ускладнень та є запорукою максимального зниження діагностичних помилок. Допустимим є наявність незначної кількості рідкого вмісту в просвіті кишки який можна легко аспірувати, за інших умов необхідна повторна підготовка товстої кишки. Ми вважаємо, що на сьогоднішній час найбільш ефективною є підготовка за допомогою препаратів макроглолю.

Чітке дотримання техніки виконання колоноскопії створює умови для зниження ризику виникнення ускладнень і є запорукою виконання якісної тотальної колоноскопії. В нашій клініці колоноскопія всім хворим виконується за модифікованою нами методикою Стрельцова В.П. (1979) [3], яка забезпечує найбільш якісний огляд та створює оптимальні умови для виконання дослідження.

Основні технічні принципи даної методики заключаються в наступному:

1. перевагу слід надавати нанизуванню товстої кишки, яке проводиться шляхом ротації апарату;
2. кишку слід починати нанизувати з ректо-сигмоїдного згину;
3. при неможливості виконання нанизування перевагу слід надавати маневру "зіборовання";
4. при виконанні колоноскопії слід дотримуватись "адекватного" ходу апарату;
5. недопустимим є насильницьке проштовхування колоноскопу;
6. під час дослідження необхідно постійно утримувати просвіт кишки в полі зору; недопустимим є просування апарату насліп;
7. дослідження слід виконувати на мінімальні необхідні інсуфляції повітря, постійно використовувати аспірацію;
8. виникнення вираженого абдомінального больового синдрому, різке підвищення артеріального тиску, запаморочення, втрата свідомості, болі в області серця є показаннями для припинення дослідження;
9. ретельний огляд кишки повинен виконуватись як при введінні так і при виведенні колоноскопу;
10. при виведенні апарату з кишки потрібно виконувати максимальну аспірацію повітря з просвіту.

