

Результаты

В 74% случаев была осмотрена вся толстая кишка и терминальный отдел подвздошной кишки. Причиной неполного осмотра у 26% пациентов являлись опухоли, обтурирующие просвет и спаечная болезнь. Помимо диагностических исследований выполнялись биопсии 890, полиэктомии 89, бужирование стенозов 18. Длительность диагностических КС составляла 5–20 минут, в случаях выполнения различных манипуляций и операций — в пределах 30 минут. Длительность ЭГДС с полиэктомией не превышала 20 минут. Тяжелых осложнений эндоскопического исследования и анестезии не наблюдалось. Кратковременное угнетение дыхания отмечалось у 4 пациентов пожилого возраста с сопутствующей патологией.

В 1 случае у пациента на фоне рака поперечно-ободочной кишки с прорастанием тонкой кишки на уровне связки Трейца и формированием толсто-тонкокишечного свища во время КС возникла обильная рвота кишечным содержимым. Аспирации не произошло, т.к. исследование проводилось при спонтанном дыхании и сохраненном кашлевом рефлексе. У 4 пациентов с полипами кардального отдела желудка на фоне диафрагмальной грыжи полипэктомия была успешно выполнена без осложнений за короткий период времени.

Выводы

ЭГДС и КС под общим обезболиванием улучшает качество исследования и облегчает его проведение для пациента и врача. При соблюдении всех правил выполнения эндоскопического исследования и проведения общей анестезии риск осложнений минимален. Целесообразно широкое применение общей анестезии для ЭГДС и КС.

Литература

1. Кондратенко П.Г., Стукало А.А., Раденко Е.Е. (2007) Гастроинтестинальная эндоскопия. Практическое руководство. (Донецк). 374 с.
2. Ниязалина С.А., Одинов С.В., Гурьев П.В. (2000) Возможности гастроинтестинальной эндоскопии в диагностике рака желудка и толстой кишки в условиях активной диспансеризации. Кремельская медицина. 1: 57–60
3. Савельев В.С., Исаков Ю.Ф., Лопаткина Н.А. (1985) Пособие по эндоскопии. (Москва). "Медицина". 544 с.
4. Сотников В.Н., Разживина А.А., Веселов В.В. и соавт. (2006) Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки. (Москва). "Экстрепринт". 280 с.
5. Черненко В.В. (2002) Синдром раздраженного кишечника: современные аспекты диагностики, клиники и лечения. *Doctog*. 2: 15–19
6. Шевелюк С.Б., Орлов О.Л., Криворук О.М. (2010) Аспекты виконання діагностично-лікувальної колоноскопії. Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. 14; 3: 50–51
7. Barklay L. (2002) Patient-controlled sedation for colonoscopy safe. *Effective Gastrointest. Endosc.* 56: 629–632
8. Cohen L.B., Dobovskiy A.N., Aisenberg J., Miller K.M. (2003) Propofol for endoscopic sedation: a protocol for safe and effective administration by the gastroenterologist. *Gastrointest. Endosc.* 57: AB103
9. Mamula P., Markowitz J.E., Neiswender K. et al. (2003) Conscious sedation with midazolam and fentanyl for pediatric endoscopy. *Gastrointest. Endosc.* 57: AB121
10. Sebel P.S. (1989) Propofol: a new intravenous anesthetic. *Anesthesiology*. 71: 260–277

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Щудро С.А., Дегтярь В.А., Садовенко Е.Г., Барсуک А.М., Валов В.Г.

Днепропетровская государственная медицинская академия, Украина

Цель

Изучить особенности применения эзогастроудоденоскопии (ЭГДС) в ургентной детской хирургии.

Материал и методы

За последние два года в кабинете эндоскопической диагностики осмотрено 1450 детей от двух недель до 18 лет. ЭГДС у детей младшего возраста, с лабильной психикой или по настоянию родителей, исследование выполняется в состоянии медикаментозного сна.

Результаты

За последние годы отмечается значительный рост общего количества детей, страдающих болезнями органов пищеварения. Потребность в широком использовании ЭГДС желудочно-кишечного тракта была вызвана большой распространенностью и возрастающей частотой тяжелых по течению заболеваний органов пищеварения у детей. ЭГДС может применяться как для диагностики, так и для лечения. Она может быть плановой или экстренной, в зависимости от того, насколько срочно должны быть получены данные.

Произведен анализ эффективности применения методов диагностической и лечебной эндоскопии при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости у

детей. За последние два года в кабинете эндоскопии клиники детской хирургии осмотрено всего 1450 детей. Из них 723 ребенка (49%) с острой хирургической патологией, 622 больных (86%) осматривались впервые, 102 (14%) — находились на диспансерном учете у гастроэнтеролога. Применение эндоскопических исследований и манипуляций в ургентной хирургии детского возраста позволяет разрешить диагностические сомнения в трудных случаях, а также выполнить малоинвазивные лечебные мероприятия, что улучшает диагностику и результаты лечения детей. Наиболее часто диагностировались эзофагиты, эрозивные эзофагиты 145 детей (10%), поверхностные гастриты — 346 (24%), хронический гастрит — 140 (9%), бульбиты — 272 (19%) и эрозивные — 47 (3%), дуодениты 263 (18%), дуодено-гастральный рефлюкс — 93 (6%). Другая патология диагностировалась у 144 детей, что составило 11%. Значительно изменяется структура заболеваемости в сторону увеличения количества детей с язвенно-эрозивными заболеваниями органов пищеварения. При ЭГДС для проведения морфологических исследований, берется материал при помощи цитологической щетки, что снижает травматичность и риск заражения ребенка при взятии биопсии.

Выводы

Широкое применение методов диагностической и лечебной эндоскопии в клинике детской хирургии позволяет улучшить диагностику воспалительных заболеваний пищеварительного тракта у детей.

СЛОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЛИМФОМ ЖЕЛУДКА

Тофан А.В., Бойко Г.С., Бобокал В.Н., Каминская З.И., Баранников К.В., Синица В.А., Разумейко И.В.

Национальный институт рака, Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, Украина

Введение

На основании только одной эндоскопической семиотики установить диагноз злокачественной лимфомы желудка (ЗЛЖ) в большинстве случаев представляет значительные сложности. Это связано с отсутствием патогномических эндоскопических признаков указанной патологии. В структуре всех злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта лимфомы гастроинтестинального тракта охватывают от 14% до 27% всех экстранодальных поражений и составляют от 1% до 15%. Чаще всего поражается желудок (50–75%), сравнительно реже тонкая кишка (20–35%). Лимфомы толстой кишки наблюдаются в 5–10% случаев. Самыми редкими признаны первичные неходжкинские лимфомы пищевода [1].

Лимфому желудка следует заподозрить в тех случаях, когда при рентгенографии или гастроскопии выявлена гипертрофия слизистой желудка с неравномерным утолщением складок, полип или изъязвленный узел. Проводят биопсию опухоли, ее пункцию или шеточный соскоб. Для определения стадии применяют КТ живота и грудной клетки, эндоскопическое УЗИ, стерильную пункцию и трепанобиопсию костного мозга [2].

Материалы и методы

В отделении эндоскопической диагностики Национального института рака МОЗ Украины, которое является базой кафедры онкологии НМАПО им. П.Л. Шупика, злокачественная лимфома желудка обнаружена у 267 больных. Среди заболевших было выявлено 145 мужчин и 122 женщины. Возраст колебался от 14 до 87 лет.

Изукая полученный материал, нами установлено, что язвенная форма ЗЛЖ установлена у 54% больных, экзоститная форма — у 5,2%, инфильтративная форма — у 13,8% и смешанная форма ЗЛЖ диагностирована у 27% обследованных больных.

Результаты и обсуждение

В связи с отсутствием патогномических эндоскопических признаков злокачественной лимфомы желудка (ЗЛЖ) диагностика этой патологии только на основании эндоскопической семиотики в большинстве случаев невозможна. В некоторой степени, навести на мысль о наличии злокачественной лимфомы в конкретном случае, могут: мультицен-

тричность очагов поражения в одном или нескольких отделах желудка, сохраненная эластичность опухолевого инфильтрата при инструментальной пальпации и взятии биопсии, а также относительно молодой возраст больных.

Анализ исследований показал, что на основании эндоскопической семиотики правильный диагноз ЗЛЖ установлен только в 34,8% наблюдений; в 41,8% диагноз был ошибочным (ставился диагноз рак желудка) и у 23,4% больных диагноз был сомнительным (рак? лимфома?). Следует отметить, что ни в одном случае не выставлялось заключение о доброкачественности выявленного поражения слизистой оболочки желудка. Ведущим в установлении заключительного диагноза является морфологическое исследование биопсийного материала. Правильность его забора, тщательность выполнения методики биопсии значительно облегчает патогистологам проводить морфологические исследования, что существенно влияет на постановку патоморфологического диагноза.

У всех обследованных больных диагноз ЗЛЖ гистологически верифицирован на основании изучения биопсийного материала. Однако только в 25% наблюдений морфологическая верификация была получена при изучении биопсийного материала, взятого при первом эндоскопическом исследовании. У 75% больных ЗЛЖ была подтверждена морфологически на основании изучения биопсийного материала, полученного при повторных, во многих случаях многократных эндоскопиях.

Выводы

Морфологический диагноз опухоли лимфоидной ткани в онкологическом аспекте должен основываться на гистологическом и иммуногистохимическом исследовании биоптата, полученного при эксцизионной или инцизионной биопсии, что в свою очередь подразумевает наличие специальных навыков у врача-эндоскописта. Таким образом, морфологическое исследование является ведущим в установлении заключительного диагноза и назначения адекватного лечения.

Литература

1. Давыдов М. И., Аксель Е. М. (2007) Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2005 г. *Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина*. 18; 2 (1): 156
2. Cavalli F., Stein H., Zucca E. (2008) Extranodal lymphomas: pathology and management. *Informa Healthcare*. p. 344