

ВИДАЛЕННЯ СТОРОННЬОГО ТІЛА СТРАВОХОДУ ПІД МІСЦЕВОЮ АНЕСТЕЗІЄЮ

Буцкін В.Л., Бутницький Ю.І., Лобода В.Ф., Нецюк О.Г., Жуковський М.М., Миколенко А.З., Юрченко Б.М.

Комунальний заклад Тернопільської обласної ради «Тернопільська університетська лікарня», Україна
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, Україна

Сторонні тіла верхніх відділів шлунково-кишкового тракту є досить розповсюдженою патологією, від якої щорічно тільки в США гине 1500 людей [4]. Вважають, що в більшості випадків при ендоскопічному видаленні стороннього тіла необхідно застосовувати загальне знечелення, щоб уникнути кровотечі та перфорації. При цьому необхідно застосувати найбільш раціональний та безпечний спосіб видалення, що залежить від типу стороннього тіла, його локалізації, стану хворого [2,3]. Хоча описані випадки, коли застосовуючи загальний наркоз до релаксації сфінктерів стравоходу, стороннє тіло (зубний протез, розміром 3,5x1,0 см з металічною кремальєрою), не могло пройти через перше фізіологічне звуження, та «втекло» в низхідний відділ дванадцятипалої кишки, а згодом вийшло природним шляхом [1].

Кількість виявлених та ендоскопічно видалених сторонніх тіл з шлунково-кишкового тракту та верхніх дихальних шляхів в Тернопільській Університетській лікарні в останні роки зросло. Так, в 2008 році з приводу даної патології було проведено 41 операцію, в 2009 — 53, а за 2010 та 2011 роки понад 90. Представляємо випадок видалення стороннього тіла (зубного протезу) з першого стравохідного звуження, яке виконано під місцевою анестезією.

Клінічний випадок

Хвора К., 47 років, поступила в лікарню в 26/04-2010 в 2-40 зі скаргами на помірну постійну біль в верхній третині стравоходу, що посилювалася при ковтанні. Вдома 25/04-2010 біля 22-00 проковтнула зубний протез. Санітарним транспортом доставлена в лікарню в супроводі фельдшера. Загальний стан хворої середньої важкості. Хвора нормостенічної будови, підвищеного живлення, з незначним акроціанозом. Частота серцевих скорочень 102 удари в хвилину. Артеріальний тиск 170/105 мм рт.ст., діяльність серця ритмічна, тони ослаблені, чисті, акцент II тону над аортою. Частота дихання 18 в 1 хв., перкураторно — легневий звук, при аускультатії вислуховується над всіма легеньми везикулярне дихання.

Діагноз: стороннє тіло (зубний протез) в стравоході. Гіпертонічна хвороба II стадія, II ступінь. Гіпертензивне серце. Серцева недостатність I ст.

Езофагогастродуоденоскопія (26/04-2010 в 3-00): під місцевою анестезією (зрошення зіву лідокаїном 10% 2,0 мл) введено гастроскоп в стравохід. В першому звуженні стравоходу — стороннє тіло (зубний протез з металічним фіксатором, розміром 5,0x2,5 см), вклинене металічним кінцем в слизову стравоходу. Слизова набрякла, виражено гіперемована, незначний контакт призводить до кровотечі біля металічного гачка, що утруднює видимість. Ділянка контакту слизової оболонки 0,1% розчином адреналіну 0,5 мл для зменшення набряку та кровоточивості. Протез на 4/5 знаходиться в просвіті стравоходу за I звуженням. Спроби захопити стороннє тіло щипцями типу «шурячий зуб», «каліатор», «пелікан», завести петлю за стороннє тіло були не ефективними у зв'язку з вклиненням в стінку стравохода металічного фіксатора, великим розміром стороннього тіла (5,0x2,5см), вираженою кровоточивістю в місці вклинення. У зв'язку з емоційно-лабільним станом хворої, болювим синдромом при спробі видалення зубного протезу,

хірургічне втручання припинено через загрозу перфорації стінки стравоходу та виникнення флегмони шії та гострого гнійного медіастиніту.

Хвора госпіталізована. Проведено протизапальну та антибактеріальну терапію (цефтріаксон, амоксицилін, кетанов). Від загального знечелення хвора категорично відмовилась, повторно проведено ЕГДС (26/04-2010 в 11-00) під місцевою анестезією (зрошення зіву лідокаїном 10% 2,0 мл). В першому звуженні стравоходу — стороннє тіло (зубний протез з металічним фіксатором), вклинене металічним кінцем в слизову. За допомогою петлі, накинutoї на металічний фіксатор, протез із технічними труднощами був видалений (рис. 1). Кровотеча відсутня. При контрольному огляді на лівій боковій стінці в I звуженні стравоходу масерація слизової розміром 0,5x1,0 см. Прокіндість стравоходу відновлена. Обстеження хворої перенесла задовільно. Висновок: стороннє тіло I звуження стравоходу. Посттравматичний езофагіт.

26/04-2010 загальний стан хворої задовільний, скарги на біль в горлі при ковтанні. При огляді виражена гіперемія задньої стінки глотки, виражений набряк входу в стравохід. В грушовидних синусах незначна кількість слини. 27/04-2010 загальний стан задовільний, скарги на незначні болі в горлі при ковтанні. Задня стінка глотки рожева з окремими геморагіями. Набряку входу в стравохід немає. 11/05-2010 загальний стан задовільний, скарг немає. ЛОР статус в нормі. Хвора в задовільному стані виписана додому.

Висновок

Отже, обколювання розчином адреналіну місця вклинення стороннього тіла стравоходу та протизапальна терапія перед ендоскопічним видаленням дозволили провести маніпуляцію без загального знечелення та уникнути ускладнень.

Література

- Бобров В.М., Шушков П.В., Быданов В.А. (2006) Необычные инородные тела глотки и пищевода. Вестник оториноларингологии. 6: 32-35
- Николаев В.И., Задорожний А.М. (2006) Эндоскопическая тактика при инородных телах верхних отделов желудочно-кишечного тракта — обзор литературы. Украинский журнал малоинвазивной та ендоскопічної хірургії. 1: 2: 40-46
- Чернеховская Н.Е. (2004) Современные технологии в эндоскопии. 135 с.
- Ginsberg G.G., Kochman M.L., Norton I. et al. (2005) Ingested Foreign Objects and Food Bolus Impactions. Clinical Gastrointestinal Endoscopy. Elsevier Inc. 874



Рис. 1
Зубний протез з металічним фіксатором.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА РІЗНИХ МЕТОДІВ ПНЕВМОКАРДІОДИЛЯТАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АХАЛАЗІЮ КАРДІЇ

Бурій О.М., Усенко О.Ю., Терешкевич І.С., Уманець М.С., Жулай В.В., Раздобудько Ю.М., Агаманський І.М.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, Київ

Вступ

Лікування ахалазії кардії (АК) залишається не до кінця вирішеною проблемою [3,11,12]. До цього часу існують проблеми у своєчасності діагностики та у виборі оптимальної лікувальної тактики. Значні труднощі виникають у діагностиці АК на ранніх стадіях, що зумовлено скудістю симптомів хвороби та помилковому трактуванню результатів інструментальних досліджень [7,8]. Залишаються дискусійними питання стосовно різноманітних методів інструментального та хірургічного лікування, які спрямовані на усунення провідного симптому даного захворювання — дисфагії [1,17,18].

Багато авторів вважає, що основним методом лікування АК є пневмокардіодилатація (ПКД), хворим рекомендується оперативне лікування лише при IV ст. та при рецидивній дисфагії після дилатації (табл. 1).

Аналізуючи табл. 1 можна зробити висновок, що виконання ПКД після першого курсу лікування усуває дисфагію протягом 5,7±0,47 років у 78,6±2,99% випадків, ризик перфорації стравоходу становить в середньому 2,8±0,42% (при використанні балонів 3,0 і 3,5 см в діаметрі). Відомі роботи, в яких проводять порівняння ефективності ПКД та езофагокардіоміотомії при лікуванні АК. Так, Voecxstaens G.E. та ін. (2011) проводили вивчення результатів даних методів лікування протягом 4 років і відмітили вирівнювання терапевтичного ефекту через 2 роки спостереження після відповідного лікування [5]. Більшість авторів також вказують на ефективність ПКД, пропонують проводити її декількома курсами і тільки при неефективності (відсутності позитивної відповіді на дилатацію) виконувати оперативне втручання [2,6,9,14,16].

Тому, враховуючи, що безрецидивного методу лікування АК не існує, в останній час ведеться пошук оптимальної мініінвазивної методики, яка б забезпечувала тривалу ремісію дисфагії при АК [4,10,13,15].

Матеріали та методи

Проведено аналіз результатів лікування 341 хворого на АК, які знаходились в Національному інституті хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України в

Таблиця 1. Результати пневмокардіодилатації у хворих на АК

Автори, рік повідомлення	Відсутність дисфагії		Перфорація стравоходу під час дилатації, %
	Термін, роки	%	
Katz P.O., Gilbert J., Castell D.O., 1998	6,5	85	1,7
Sabharwal T., Cowling M., Dussek J., 2002	5	88	2,3
Vela M.F., Richter J.E., Wachsberger D., 2004	8	86	2,7
Zerbib F., Thétiot V., Richey F., 2006	5 / 10	67 / 50	1,3
Vittal H., Chaya C., 2006	5	75	5
Hulsemans M., Vanuytsel T., 2010	7	72	2,9
Kroupa R., Hep A., Dolina J., 2010	5	70	2,5
Voecxstaens G.E. et al., 2011	4	86	4

1981-2012 роках, середній вік яких становив 42,6±2,9 років, з них 161 (47,2%) чоловіків і 180 (52,8%) жінок.

Хворі розподілені на 2 групи: I групу склали 276 пацієнтів, яким проводили лікування пневмокардіодилатором Федорової О.Д. та Мельника Г.М. (1964) в модифікації нашої клініки під рентгенологічним контролем; II групу — 65 хворих, яким проводили ендоскопічну пневмокардіодилатацію (ЕПКД), при якій використовували балон *Rigiflex-II* діаметром 3,0 і 3,5 см (*Boston Scientific*, США).

Хворі при поступленні обстежувалися клінічно (скарги, анамнез, об'єктивні дані), лабораторно (загальноклінічні аналізи), інструментально (гастроінтестинальна ендоскопія (ГЕ), УЗД органів черевної порожнини, рентгенологічне дослідження стравоходу та шлунка, рН-метрія). За допомогою ендоскопічного та рентгенологічного дослідження всім хворим проводили диференційну діагностику стенозу нижньої третини стравоходу з метою виключення пептичної та неопластичної причини дисфагії. Для визначення стадії АК користувалися класифікацією Петровського Б.В. і співавторів. Ступінь дисфагії оцінювали за відповідною шкалою (I-V ступені). Хворі обох груп за стадією були розподілені наступним чином (табл. 2). Основну частину серед пацієнтів I групи зайняли хворі з III ст. — 139 (50,4%), меншу — хворі з II ст. — 83 (30,1%), тоді як в II групі — з II ст. 34 (52,3%) і III ст. — 26 (40%) пацієнтів відповідно.

Хворим I групи під рентгенологічним контролем дистальну частину пневмокардіодилатора встановлювали на рівні кардіоезофагеальної зони. За допомогою резинової груші від тонометру нагнітали повітря в балон та роздували його, створюючи тиск від 150 до 300 мм рт.ст. в залежності від стадії АК та кількості сеансів. Паралельно призначали медикаментозну терапію, в тому числі спазмолітики, седативні препарати, H₂-блокатори гістаміну, інгібітори протонної помпи (ППП), обволікуючі засоби, а також фізіотерапевтичні методи лікування — електрофорез за Щербаком, масаж комірцевої зони, соляно-хвойні ванни. ПКД проводили в стаціонарних умовах від 5 до 10 сеансів через 1-2 доби. Експозиція дилатації складала від 2 до 4 хв.

Хворим II групи з АК за 30 хв до ПКД проводили премедикацію, що включала внутрішньом'язове введення антибіотика групи цефалоспоринів I-II покоління, 0,5 мл 0,1% розчину атропіну сульфату та 2,0 мл 0,5% розчину сибазону. Тиск в балоні нагнітали до 7-15 PSI (фунт-сила на квадратний дюйм; 1 psi = 51,715 мм рт.ст.). Курс лікування складався із 2-3 сеансів, інтервал між якими був 3-6 днів, що залежало від ендоскопічної

Таблиця 2. Розподіл пацієнтів I та II груп за стадією АК

Стадія	I група		II група	
	n	%	n	%
I	25	9,1	2	3,1
II	83	30,1	34	52,3
III	139	50,4	26	40,0
IV	29	10,4	3	4,6
Всього	276	100,0	65	100,0