

ЕНДОСКОПІЧНЕ ВИДАЛЕННЯ СТОРОННЬОГО ТІЛА ТЕРМІНАЛЬНОГО ВІДДІЛУ КЛУБОВОЇ КИШКИ

Коляда І.О., Шепаняк Р.В.*

Кафедра ендоскопії та малоінвазивної хірургії, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна
Новороздільська міська лікарня, Львівська область, Україна

Вступ

В ендоскопічній практиці, як звичайно, видаляють сторонні тіла зі стравоходу і шлунка, багато рідше — з прямої і сигмовидної кишки, введені через задній прохід. Проквітнуті тіла, які мігрували далі нижнього відділу дванадцятипалої кишки, є найбільшого предметом зацікавлення хірургів, у зв'язку з ризиком непрохідності або перфорації, невеликі сторонні тіла без гострих кінців (видовжені — до 5 см і округлі діаметром до 2,5 см), як звичайно, безперешкодно виходять назовні [1], серед сторонніх тіл, які пройшли у дванадцятипалу кишку, назовні безперешкодно виходять 85%. Тому повідомлення про видалення сторонніх тіл правої половини ободової кишки, а тим паче з клубової кишки в літературі є рідкістю. Подаємо опис рідкісного випадку ендоскопічного видалення фіксованого металевого стороннього тіла з термінального відділу клубової кишки.

Клінічне спостереження

02/04-2010 до лікарні звернувся пацієнт 19 років. 3 його слів, 4 дні тому при поцілунку з дівчиною, що мала пірсинг язика (рис. 1), проковтнув кульчик для пірсингу. На рентгенограмі стороннє тіло довжиною до 4 см з металевою голівкою, візуалізоване у правій здухвинній ділянці (рис. 2). Призначено прокінетики (домперидон), клітковину (Мукофальк), дієту з великою кількістю рослинної клітковини, солі проносні (магнію сульфат). На жаль, через 10 днів локалізація стороннього тіла на рентгенограмі не змінилася, хворий почав відчувати біль у правій здухвинній ділянці. Виконано колоноскопію і кульчик було виявлено в термінальному відділі клубової кишки за 5 см від баугінієвої заслінки. Головка кульчика була скерована в абсорбному напрямку і фіксована у виразкуванні слизової оболонки (рис. 3). Щипцями типу «зуби шура» кульчик було вивільнено з виразкування і потім видалено поліпетомочною петлею. Ускладнень не спостерігалось.

Окрім демонстрації технічних можливостей колоноскопії при видаленні сторонніх тіл не лише товстої, а й клубової кишки даний клінічний випадок звертає увагу ще на деякі моменти. На нашу думку, виразкування утворилося в місці контакту гострого кінця зі слизовою, однак потім кульчик внаслідок перистальтики розвернувся голівкою вперед і зафіксувався у виразкуванні. Хоча розміри форма і напрям руху стороннього тіла на думку про його спонтанне відходження, однак цього не сталося, і хворому загрожувала перфорація клубової кишки. Тому навіть у таких «безпечних» випадках необхідний активний рентгенологічний моніторинг за пасажем стороннього тіла. Впровадження у практику ендоскопії нині розширює можливості ендоскопіста при лікуванні сторонніх тіл тонкої кишки [2,3].

Література

1. Management of ingested foreign bodies and food impactions — ASGE Guidelines (2011) Gastrointestinal Endoscopy 73; 6: 1085-1091



Рис. 1
Пірсинг язика.



Рис. 2
Стороннє тіло у термінальному відділі клубової кишки, рентгенограма.

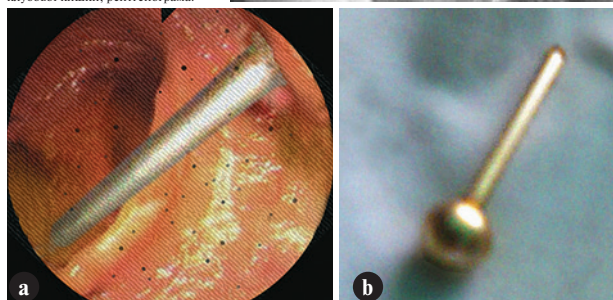


Рис. 3
А. Кульчик, фіксований у виразкуванні клубової кишки. В. Видалене стороннє тіло.

3. Neumann H., Fry L.C., Rickes S. et al. (2008) A 'double-balloon' enteroscopy worth the money': endoscopic removal of a coin lodged in the small bowel. Dig. Dis. 26: 388-389
4. Chu Y.C., Yeh Y.H., Yang C.C. et al. (2007) A new indication for double-balloon enteroscopy: removal of migrated metal stents through a Roux-en-Y anastomosis. Endoscopy. 39; 1: 148

ВІДЕОКАПСУЛЬНА ЕНДОСКОПІЯ В КОМПЛЕКСНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ТОНКОЇ КИШКИ

Крилова О.О.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН», Дніпропетровськ, Україна

Вступ

Відеокапсульна ендоскопія (ВКЕ) — метод, який був розроблений для діагностики уражень тонкої кишки та застосовується в світі з 2001 року в тих випадках, коли інші методи дослідження не дозволяють встановити діагноз. ВКЕ без будь-якої анестезіологічної допомоги, дозволяє оглянути всю тонку кишку із задовільною якістю зображення, виявляючи приховані від інших методів дослідження макроскопічні зміни слизової оболонки (СО) тонкої кишки. При цьому, інвазивність методу зменшена до мінімуму, не перевищуючи проблем з ковтанням «великої таблетки». Роздільна здатність ВКЕ складає 0,1 мм або, фактично, можуть бути візуалізовані окремі ворсинки [1-5,14,15].

Показаннями для застосування ВКЕ є приховані шлунково-кишкові кровотечі (ШКК), джерело яких не встановлено іншими дослідженнями, хвороба Крона, целіакія, спадковий сімейний поліпоз, пухлини тонкої кишки. Протипоказаннями до застосування ВКЕ є кишкова непрохідність (повна чи часткова), стриктури тонкої кишки, дисфагія, наявність кардіостимулятора у пацієнта [8,11,16]. Не рекомендується виконувати рентгенологічні дослідження у пацієнтів з неекскретованою капсулою. Пацієнт під час дослідження має звичайний образ життя, обмежень в фізичних навантаженнях немає [7,9,10].

До теперішнього часу проведено вже досить велику кількість досліджень в різних медичних установах світу. Розроблені методики проведення процедури, підготовки до неї, уточнені показання та протипоказання для проведення дослідження. Також дана оцінка інформативності методу при патологічних процесах, локалізованих у тонкій кишці в порівнянні з іншими методами [12-15,17].

Нами проведено дослідження, метою якого було оцінити ефективність застосування відеокапсульної ендоскопії для діагностики захворювань тонкої кишки.

Матеріал і методи

Для діагностики патологій тонкої кишки застосовано метод ВКЕ у 13 пацієнтів. Застосовувалась відеокапсула Miro-Sam (Корея), яка представляє собою одноразовий пристрій розміром з велику таблетку — 24x11 мм, вага 3,4±0,05 г, який після ковтання шляхом природної перистальтики просувається по шлунково-кишковому тракту. Батарея відеокапсули розрахована на 11 годин безперервної роботи, що забезпечує завершеність дослідження у переважній більшості хворих. Система відеокапсульної ендоскопії включає: саме капсулу, пристрій для запису зображень — ресивер з набором датчиків, що кріпляться на тубулі пацієнта в певному порядку та робочу станцію з програмним забезпеченням для перегляду та інтерпретації отриманих даних. Принцип роботи полягає в передачі високоякісних цифрових знімків на записуючий пристрій, що знаходиться на тілі пацієнта весь період дослідження.

Після закінчення дослідження дані з ресивера переантажуються на стаціонарну комп'ютерну станцію, за допомогою якої здійснюється аналіз отриманої відеоінформації. Програма обробки відеоінформації дає можливість переглядати зображення, отримані камерою з частотою 3 кадри за секунду, у вигляді єдиного відеоряду. Крім того, в системі є можливість мультиперегляду (дозволяє одночасно переглядати до вісімнадцяти послідовних зображень), збільшення та зменшення розміру відеокадру, «індикатор кровотечі», який автоматично маркує кадри червоною смугою на шкалі з підозрілими на наявність крові місцями; під час обробки відеоінформації здійснюється архівування ви-

явлених патологічних змін до бази даних системи, а також на змінних носіях. Під час процедури рекомендується випити по 200 — 250 мл води за годину, через 4 години після початку дослідження — легкий прийом їжі (гречана каша-розмазня), через 8 годин — повноцінний прийом їжі.

Дослідження проведено у 12 пацієнтів, в тому числі з діареєю — 3, з підозрою на хворобу Крона — 2, з вираженим больовим синдромом — 2, з ентеритом неясного генезу та гіперезинофіліїним синдромом — 1, синдромом подразненої кишки — 1, прихованою шлунково-кишковою кровотечею з невстановленим джерелом — 1, за бажанням пацієнта — 2. Підготовка у 8 (66,7%) пацієнтів включала голод протягом 12 годин в поєднанні з застосуванням розчину поліетилеґліколю для очищення кишечника, у 4 (33,3%) — тільки голод протягом 12 годин до процедури. Всім пацієнтам застосовували піногасивники. Дослідження проведено у 7 випадках в амбулаторних умовах, в 5 — хворі перебували на стаціонарному лікуванні в клініці інституту. Під час аналізу отриманих даних фіксували деталі ендоскопічного дослідження, включаючи час перебування капсули в організмі пацієнта (загалом та зокрема — в стравоході, шлунку, тонкій кишці), якість підготовки до дослідження, наявність побічних ефектів. В протоколі процедури відзначали макроскопічні зміни слизової оболонки органів шлунково-кишкового тракту, висновки і подальші рекомендації.

Результати дослідження

Перед дослідженням ретельно вивчали показання та протипоказання щодо застосування відеокапсульної ендоскопії для обмеження ризику ускладнень, особливо — затримки капсули в тонкій кишці внаслідок невиявленої стриктури. Були вивчені дані анамнезу, інструментальних досліджень та встановлено, що пацієнти не мали протипока-



Рис. 1
Поліп термінального відділу здухвинної кишки.

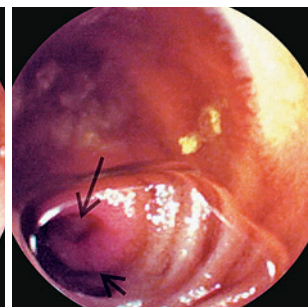


Рис. 2
Пухлиноподібне утворення з виразкою в центрі.