

МАТЕРІАЛИ V СИМПОЗИУМУ АСОЦІАЦІЇ ЛІКАРІВ-ЕНДОСКОПІСТІВ УКРАЇНИ «СУЧАСНА ДІАГНОСТИЧНА ТА ЛІКУВАЛЬНА ЕНДОСКОПІЯ»

24 — 25 травня 2012 р., м. Скадовськ, Херсонська область

СПОСОБ ИЗВЛЕЧЕНИЯ *CORPUS ALIENUM* ИЗ ЖЕЛУДКА, КОТОРЫЙ ПРИВЕЛ К КРОВОТЕЧЕНИЮ

Никшаев В.И.

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Украина

По данным разных авторов количество заболеваний, приводящих к желудочно-кишечным кровотечениям (ЖКК), исчисляется от 32 [2] до 116 [1]. В приведенных источниках присутствуют инородные тела желудочно-кишечного тракта как причина, приведшая к ЖКК.

В основном инородные тела попадают в желудок через рот, значительно реже — через его стенку при проникающих ранениях живота (огнестрельных), при образовании холестицистогастрального свища вследствие желчнокаменной болезни или пенетрации язвы желудка в желчный пузырь желчные камни могут попадать в желудок.

Крайне редко в просвете желудка могут остаться инородные тела после хирургических вмешательств на желудке — лигатуры из нерассасывающегося шовного материала, танталовые скобки (оставляемых в связи с особенностями вмешательства) и так называемые «забытые» случайно вследствие небрежности хирурга или особого стечения обстоятельств марлевые тампоны в просвете желудка. Удаление оставленных в желудке во время операции марлевых тампонов («шариков», маленьких салфеток) производится эндоскопическим путем. Обычно подобное вмешательство не представляет значительных технических трудностей. Иногда они выходят естественным путем. В случае больших размеров салфеток, не проходящих через кардию и тонкий кишечник, встает вопрос о повторном оперативном вмешательстве.

У больного К., 58 лет, на третьи сутки после резекции 2/3 желудка с анастомозом по Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера по поводу кровоточащей язвы желудка появилась рвота малокоагулируемой кровью и сгустками. Выполнена экстренная ЭГДС при которой в культе желудка было выявлено образование овальной формы 8x6 см, покрытое фибрином и имбиривной кровью через которую визуализировалась марлевая салфетка. На видимой слизистой желудка отмечались геморрагические эрозии. В просвете желудка измененная кровь и сгустки. Размеры салфетки не позволяли ее удалить, а попытки «развернуть» ее при работе с помощью щипцов и петель ни разрезание ножницами — эффекта не дало. Был вызван консультант, перед которым была поставлена задача попытаться извлечь инородное тело, так как риск повторной операции был крайне высок. При ЭГДС, проводимой под эндотрахеальным наркозом, удалось вывить угол салфетки и частично его отсоединить от образования. Учитывая то, что как бы все традиционные варианты извлечения салфетки были апробированы, а для разворачивания салфетки необходимо применить более сильное воздействие на саму салфет-

ку, поставленную заднюю решили следующим образом. Аппарат извлечен. Через инструментальный канал введены щипцы, которые выведены из дистального конца эндоскопа на 1 см. Ниже рабочей части щипцов на них одета и закрыта полиэтомическая петля, располагающаяся параллельно эндоскопу. Вся эта конструкция введена в желудок. Щипцами захвачен угол салфетки. Петля открыта, максимально опущена на салфетку и закрыта. Тем самым была достигнута крепкая фиксация салфетки, а дистальный конец эндоскопа стал использоваться для разворачивания ее путем «вколачивания» его под угол салфетки, фиксированный петлей, с одновременным подтягиванием петли. При этом все воздействие осуществлялось в культе желудка. В течение нескольких минут салфетка была развернута и началось ее извлечение в пищевод. При этом только в центральной части салфетки пришлось приложить некоторое усилие для ее извлечения. После извлечения были измерены размеры салфетки. Они составили 60x60 см. При контрольном осмотре отмечено появление на уровне пищеводно-желудочного перехода несколько продольных разрывов слизистой без кровотечения. В послеоперационном течении было гладким. Выписан на 14 сутки после операции.

Комиссионно были выявлены обстоятельства, при которых было оставлено инородное тело (*corpus alienum*) в желудке. Ими явились: выполнение операции на высоте тяжелого кровотечения у соматически тяжелого больного (что требовало выполнения операции в максимально сжатые сроки) на фоне тяжелого снающего процесса (после перенесенной СПВ), отказ УКЛ во время прошивания желудка, что привело к вскрытию просвета желудка и выделению из него крови и сгустков, что потребовало введения в желудок большой лапоротомной салфетки, а так же выполнение операции в ночное время. Все это в комплексе привело к дефекту в оказании медицинской помощи, однако эндоскопическое удаление инородного тела позволило избежать повторной операции с непрогнозируемым исходом.

Литература

1. Стручков В.И., Луцевич Э.В., Белов И.Н., Стручков Ю.В. (1976) Желудочно-кишечные кровотечения и фиброэндоскопия. (Москва). «Медицина». 272 с.
2. Karen E.K. (2003) Acute gastrointestinal bleeding: diagnosis and treatment. (Totowa, New Jersey). «Humana Press». 277 pp

ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ПРИ КОЛОНОСКОПІЇ

Нікішаєв В.І., Лазарчук В.М.*

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Україна
Рівненська обласна клінічна лікарня, Україна*

ВідеокOLONOSKOPIЯ (ВКС) — золотий стандарт обстеження товстого кишківника (ТК). Сучасні підходи до проведення ВКС направлені на діагностику передракових змін та ранніх форм раку і передбачають проведення тотальної ВКС та використання спеціальних додаткових уточнюючих методик, що дозволяють виявляти пошкодження слизової оболонки невеликих розмірів. Найбільш ефективним для виявлення і дифіагностики колоректальних неоплазм є фарбування слизової оболонки (СО) ТК за допомогою 0,2% розчину індігокарміну. Сучасні методики хромоколоноскопії (ХКС) підвищують можливість стандартного ендоскопічного дослідження ТК. Оптиміальна підготовка ТК до обстеження має забезпечити швидке і якісне очищення від калових мас без зміни макроскопічної картини і гістологічної структури СО з мінімальною кількістю побічних ефектів.

Мета роботи: оцінити можливості ендоскопічної діагностики пошкоджень оболонки кишки за допомогою комплексного огляду в білому світлі та при використанні хромокопії з 0,2% розчином індігокарміну.

Матеріали і методи

Проаналізовані результати ВКС на протязі першого півріччя 2011 року. Чоловіків було 195 (73,8%), жінок — 69 (26,2%). Вік хворих коливався від 38 до 74 років, в середньому 58±1,3. Пацієнти були розділені на дві групи. У першій — обстеження у всіх пацієнтів

проводилося у білому світлі, а потім їм виконувалась тотальна ХКС з розпиленням 0,2% розчину індігокарміну і вони сформували другу групу.

В даній роботі застосували розроблений нами [1] спосіб тотальної ХКС в якому використовувалось 0,2% розчин індігокарміну, який відрізняється тим, що під час обстеження до купола сліпої огляд слизової їде у білому світлі, далі відбувається виведення колоноскопа із сліпої кишки до печінкового згину з оглядом слизової у білому світлі, потім через канал колоноскопа заводиться катетер в купол сліпої кишки і через нього вводиться до 6,0 мл барвника, після чого залишки повітря відсмоктуються, кишка спадається і барвник розповсюджується від місця його введення до дистальної частини колоноскопа, далі їде повторний огляд частини кишки що забарвлена. Далі сегментарно оглядається кишка в білому світлі і забарлюється барвником по 6,0 мл на кожен сегмент ТК, від печінкового згину до середини поперечно ободової кишки, від середини поперечно ободової кишки до селезінкового згину, від селезінкового згину до нижньої кишки, від нижньої кишки до сигмовидної кишки, від сигмовидної кишки до анального каналу прямої кишки.

У виявлених пошкодженнях реєстрували розмір, анатомічне розміщення і морфологічну будову, а також розпріділяли згідно критеріїв Парижської класифікації епітеліальних неоплазм ТК (2002). Пошкодження правої половини ТК — це ті що локалізовані в сліпій, висхідній, поперечно ободовій кишці. Пошкодження лівої половини ТК — це ті що локалізовані в нисхідній, сигмовидній, прямій кишці.