

МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ЕНТЕРОСКОПІЇ

Бурій О.М., Скумс А.В., Гомоляка І.В., Атаманський І.М., Шкарбан В.П., Міхальчевський В.П.

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

Methodical Aspects Of Enteroscopy

A.N. Buriy, A.V. Skums, I.V. Gomolyaka, I.M. Atamanskiy, V.P. Shkarban, V.P. Mihalchevskiy

National Institute of Surgery and Transplantology named A. A. Shalimov, National Academy of Medical Science of Ukraine

Received: January 12, 2014

Accepted: March 17, 2014

Адреса для кореспонденції:

Національний інститут хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України
вул. Героїв Севастополя, 30, Київ, 03680, Україна
тел.: +38-044-483-13-74
e-mail: o.buriy@shalimov.org

Summary

The aim of review. To demonstrate the diagnostic possibilities and the features of single-balloon enteroscopy in the diagnostics of benign and malignant tumors of the small intestine.

Original positions. Not a lot of attention is paid to the visual diagnostics of the small intestine, which is a reason of urgent hospitalization and surgical treatment regarding intestinal obstruction and bleeding. The method of single-balloon enteroscopy allows stable, controlled access to the deep parts of the small intestine and taking biopsy material.

Conclusion. Usage of single-balloon enteroscopy allows to maintain visual diagnostics of the small intestine on planned bases which decreases the number of complications and reduces the bad prognosis after urgent surgical treatment on the small intestine.

Key words: single-balloon enteroscopy, small intestine.

Вступ

Тонка кишка — відділ шлунково-кишкового тракту який розпочинається від воротаря та закінчується

баугініевою заслінкою, де в основному відбувається перетравлення їжі. Тонка кишка тривалий час залишалась важкодоступним органом шлунково-кишкового тракту для прямої візуальної діагностики без оперативного втручання. Ендоскопічна діагностика методом однобальної ендоскопії дозволяє діагностувати новоутворення тонкої кишки, кровотечі, запальні, аутоімунні та спадкові ураження [1].

Першим неоперативним діагностичним методом стала капсульна ендоскопія (2001 рік), яка має ряд недоліків: високий відсоток хибних результатів за рахунок некерованості та поганої візуалізації, неможливість взяття біопсійного матеріалу, неможливість встановлення точної локалізації виявленої патології. Через низку недоліків які обумовлені технічною специфічністю відеокапсульної ендоскопії, клінічні потреби у неопераційній ендоскопічній діагностиці залишались відкритими. В 2001 році професором Ямомото при співпраці із компанією «Fujinon» Японія, було виконано перше ендоскопічне обстеження

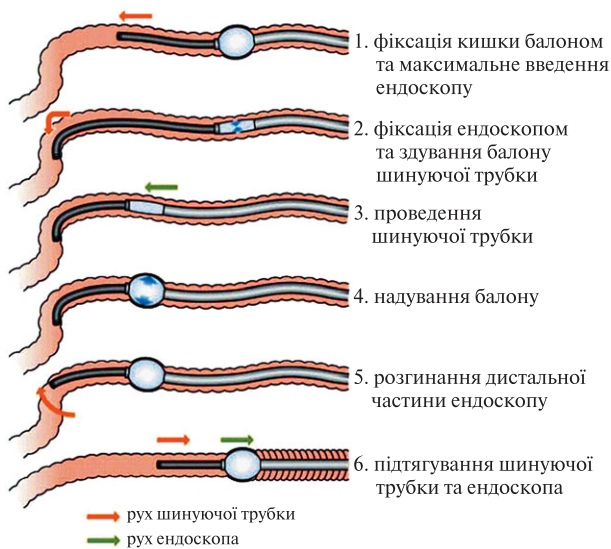


Рис. 1. Послідовність дій при нанизуванні кишки однобалонним ентероскопом.

методом двухбалонної ентероскопії. Двухбалонний етероскоп складався з довгого ендоскопа з балоном на дистальному кінці та балонної шинуючої трубки. В 2006 році був впроваджений у клінічну практику однобалонний ентероскоп «Olympus», який забезпечував контрольоване та безпечне досягнення глибоких відділів тонкої кишки [2].

Діагностичні покази для проведення балонно-асистованої ентероскопії:

1. Підозри на тонко кишкову кровотечу.
2. Синдром мальабсорбції.
3. Клінічні підозри на новоутворення тонкої кишки
4. Для отримання гістологічного матеріалу.

Протипокази для проведення балонно-асистованої ентероскопії:

1. Гострі порушення мозкового та коронарного кровообігу.
2. Тяжка печінково-ниркова недостатність.
3. Епілептичні напади.
4. Приступ астми.
5. Захворювання стравоходу яке звужує просвіт стравоходу.
6. Варикоз вен стравоходу IV ступеня.
7. Виражена шлунково-кишкова кровотеча.

Методика проведення ентероскопії.

Однобалонна ентероскопія для тотального огляду проводиться антероградно та ретроградно. Для проведення обстеження потребується підготовка тонкого кишківника: за два дні до обстеження хворому назначається безшлакова дієта, з вживанням в необ-

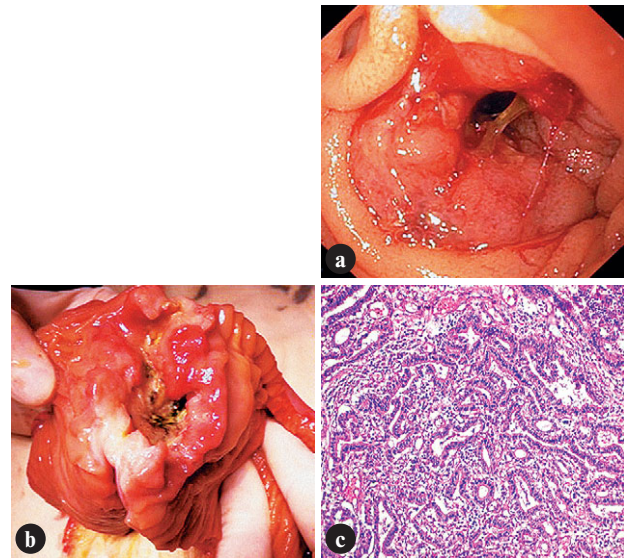


Рис. 2. А: ендоскопічна картина пухлини худій кишки; В: резектована ділянка тонкої кишки; С: помірно-диференційована аденокарцинома тонкої кишки.

меженій кількості прозорих рідин, при антероградному огляді хворий приймає вечері напередодні обстеження два літри розчину фортрансу, при ретроградному огляді або при тотальному огляді назначається чотири літри розчину фортрансу [3].

Трансоральна єюноілеоскопія:

1. Проведення ентероскопа через стравохід, шлунок та воротар у вертикальний відділ дванадцятипалої кишки.
2. Проведення ентероскопа за зв'язку Трейца,
3. Проведення методом збирання тонкої кишки ентроскопом максимально глибоких відділів.
4. Проведення огляду тонкої кишки на виході [4].

Трансанальна колоноілеоєюноскопія:

1. Проведення ентероскопа та тубуса в купол сліпої кишки.
2. Інтубація баугінієвої заслінки та проведення ентероскопа із тубусом у проксимальний відділ клубової кишки.
3. Ретроградне проведення ентероскопа по клубовій та худій кишках, шляхом її збирання.
4. Проведення огляду тонкої кишки на виході [4].

На рис. 1 схематично зображено методику нанизування кишки однобалонним ентероскопом.

Клінічний випадок

Для ілюстрації можливостей ентероскопії демонструем клінічний випадок: хворий Ф. 40 років, іст. хв №6830 поступив у Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова Національної академії медичних наук України з скаргами на біль в епігастральній

ділянці, гіркотою в ротовій порожнині, підвищення температури, вздуття та буржання в животі, черговість розладів та закрепів, загальну слабкість та схуднення.

При обстеженні лабораторні показники:

- **ЗАК** (22.11): Нв — 58 г/л; L — $8,0 \times 10^9$ /л, Эр. — $3,87 \times 10^{12}$ /л; Тг — 470 г/л, СОЭ — 15 мм/ч;
- **Онкомаркери** (11.11): онкомаркер підшлункової залози — 631,1 Ед/мл, раково-ембріональний антиген — 3,1 нг/мл.
- **УЗД ОБП В** черевній порожнині між петлями кишківника спостерігається невелика кількість вільної рідини. В лівій ділянці черевної порожнини виявляється фрагмент тонкої кишки з потовщеними стінками протягом 8 см. Навколишня клітковина з невираженим набряком.
- **ЕГДС** (26.11): Недостатність кардії. Еритематозна гастропатія. Рефлюкс жовчі.
- **Колоноскопія** (25.11): Виражені ендоскопічні ознаки доліхосігми. Колоптоз. Хронічний гемороїд.
- **КТ ОБП та малого тазу** (22.11): КТ — ознаки захворювання тонкого кишківника.

Хворому виконана одно балонна (27.11) ентероскопія (рис. 2 а). Ентероскоп введений у середню третину худой кишки (90 см. від зв'язки Трейца), далі просвіт обмурований циркулярно ростучою пухлиною. Взята біопсія. (02.12) була виконана резекція худой кишки з пухлиною (рис. 2 б). Видалено великий сальник та *mts* печінки. ПГЗ №14827-42 від 09.12.2013.

Заключення: помірно-диференційована аденокарцинома худой кишки з вогнищами некрозу та проростання всіх шарів стінки (рис. 2 с).

Висновки

Таким чином, однобалонна ентероскопія являється безпечним та інформативним діагностичним методом, що дозволяє оглянути всі відділи тонкої кишки та взяти біопсії ний матеріал для гістологічного дослідження.

Література

1. Иванова Е.В., Федоров Е.Д., Юдин О.И., Тимофеев М.Е. (2010) Возможности современных методов энтероскопии в диагностике и лечении заболеваний тонкой кишки. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология; 5: 104–112.
2. Федоров Е.Д., Иванова Е.В., Тимофеев М.Е., Андреева О.Н. (2008) Диагностическая и лечебная эндоскопия тонкой кишки с использованием однобаллонного энтероскопа. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии: материалы XIV Рос. гастроэнтерологической недели. прил. 32: 185.
3. Бурый А.Н., Назаренко А.Ю. (2006) Сравнительная оценка качества подготовки пациентов к фиброколоноскопии традиционным методом и препаратом Фортранс. Медицина світу 5: 18–21.
4. Федоров Е.Д., Иванова Е.В., Тимофеев М.Е. (2012) Баллонно-ассистированная энтероскопия в диагностике и лечении заболеваний тонкой кишки. Клиническая Эндоскопия; 3 (33): 7–10