

РОЛЬ ЕНДΟΣКОПІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ТОНКОЇ КИШКИ

Бурій О.М., Гомоляка І.В., Башир-Заде Т.А., Агаманський І.М.

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

Останнім часом відмічається тенденція до росту частоти захворювань тонкої кишки. Глибокі відділи ШКТ залишалися важко доступними для дослідження, однак з появою сучасної ендоскопічної апаратури стало можливим проведення діагностичної та лікувальної ендоскопії.

Метою даної роботи було проведення оцінки можливостей діагностичної та лікувальної ендоскопії при захворюваннях тонкої кишки.

За період з 2013 по 2015 року в Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова, було проведено 24 ендоскопії у 15 чоловіків та 9 жінок у віці від 17 до 64 років, середній вік склав 43±11 років із використанням одноканального ендоскопа компанії *Olympus*. У більшості випадків підготовка проводилась препаратами "Мовіпреп", "Еспумізан". З 24 ендоскопії проведено: 14 переральних ендоскопій, 5 колоноскопій та 7 тотальних ендоскопій. У всіх випадках переральних та тотальних ендоскопій проводилась повна внутрішньовена седация, при проведенні колоноскопій проводилась внутрішньовена седация зі збереженням спонтанного дихання. Загальна тривалість при антраліальному огляді складала від 25 до 120 хв (середня тривалість 75±25 хв), при ретроградному огляді від 50 хв до 160 хв (середня тривалість 85±35 хв). У двох пацієнтів при трансоральній ендоскопії вдалось оглянути 60 см

та 80 см від в'язки Трейца, подальший огляд унеможливив виражений злуковий процес. Максимальна інтубація тонкої кишки при трансоральній ендоскопії складала приблизно 400 см при колоноскопії близько 200 см.

При дослідженні тонкої кишки з підозрою на кровотечу було виявлено: у 6-ти пацієнтів пухлини тонкої кишки, у 1-го пацієнта з синдромом Лейтца-Сегеса — тубулярна аденома гігантських розмірів, у 2-х пацієнтів джерело ШКК джерело кровотечі не встановлено. У 1-го пацієнта діагностовано хворобу Крона здухвинної кишки, у 1-го пацієнта відмічалась часткова кишкова непрохідність, проведено зонд для декомпресії, пізніше проведено оперативне втручання з приводу кишкового абсцесу, у 1-го пацієнта встановлено зонда-обтуратора при синдромі короткої кишки, у 5-ти пацієнтів виявлено ознаки ентеропатії. При виконанні ендоскопії побічних ефектів та ускладнень не відмічалось.

При використанні методу ендоскопії стало можливим проведення діагностики та лікування патології глибоких відділів тонкої кишки, які раніше були важко доступними. Метод ендоскопії дає можливість вчасно діагностувати та проводити забір біопсійного матеріалу, більш чітко диференціювати патологію тонкої кишки, визначити подальшу тактику лікування в тому числі і з використанням ендоскопічних методів.

ВИПАДОК ПЕРФОРАЦІЇ АНАТОМІЧНО ЗМІНЕНОГО СТРАВОХОДУ (СТРИКТУРА ПІСЛЯ ХІМІЧНОГО ОПІКУ), ЯК НАСЛІДОК ТЕХНІЧНО НЕСКЛАДНОГО ВИДАЛЕННЯ СТОРОННЬОГО ТІЛА ГНУЧКИМ ЕНДΟΣКОПОМ

Бутницький Ю.І., Буцкін В.Л., Шпіляк С.О.¹

Комунальний заклад Тернопільської обласної ради "Тернопільська університетська лікарня".¹ Борщівська центральна районна лікарня

Перфорація стравоходу була відносно частим ускладненням ригідної езофагоскопії. При використанні гнучких апаратів ризик перфорації набагато менший і становить від 0,02 до 0,1–0,31% при виконанні діагностичної ендоскопії та від 2,6 до 4% — при лікувальній. Найчастіше (у 69% випадків) стінка стравоходу ушкоджується в нижній його третині.

Діагностика перфорації стравоходу не повинна викликати складнощів, проте, у 45% пацієнтів цей діагноз був поставлений тільки через 24 години, а у 23% — на розтині. Чутливість бічної рентгенографії ший при даному ускладненні становить 56%, а комп'ютерної томографії — 100%.

Зазвичай, першою ознакою перфорації є різкий біль по ходу стравоходу, що має тенденцію до наростання, та післюється при кашлі, ковтанні, глибокому вдиху. Інтенсивний біль призводить до розвитку шоку у 25% пацієнтів. При інструментальній перфорації підшкірна емфізема (над ключицею і на ший) може з'явитися через кілька годин після маніпуляції, особливо при невеликих розмірах ушкодження. Інші можливі симптоми: пневмоторакс, пневмомедіастинум, тахікардія, дисфагія, дихальні порушення, нудота, блювання, гіперсалівація, дисфонія і блювота кров'ю. Пізніми ознаками перфорації стравоходу, що свідчать про розвиток запального процесу в середостінні, є підвищення температури тіла, лейкоцитоз, наростання токсемії та шоку.

02.01.2015 р. о 17:30 год. в приймальне відділення ЦРКЛ звернувся хворий Д. (41 р.), житель села у із скаргами на болі за грудиною та порушенням проходження їжі та води при ковтанні. Дані порушення у хворого виникли напередодні ввечері у стані важкого алкогольного сп'яніння. З анамнезу, у хворого в півторарічному віці був хімічний опік, який зумовив склероз та фіброзно-рубцеві зміни стравоходу. Останній раз ендоскопія виконувалась в 2009 році з приводу стороннього тіла стравоходу. Хворий зловживав алкоголем останні 20 років, супутній діагноз нарколога: Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю. Стан абстиненції, не ускладнений.

В ендоскопічному кабінеті поліклінічного відділу ЦРКЛ хворому під місцевою анестезією ротоглотки 2% розчином новокаїну було проведено езофагоскопію та діагностовано стороннє тіло нижньої третини стравоходу. Стороннє тіло (кусок м'яса) було зафіксовано за допомогою ендоскопічної петлі та одночасно видалено разом з ендоскопом без жодних технічних складнощів. Після видалення стороннього тіла загальний стан хворого задовільний, хворий відчув полегшення, попросив і випив пів склянки води. Зрозумівши, що прохідність стравоходу відновлено, від проведення запропонованого контрольного ендоскопічного огляду категорично відмовився і покинув ендоскопічний кабінет, не дочекавшись ендоскопічного висновку та подальших рекомендацій.

На 13 день після описаної маніпуляції, 15.01.2015 р. хворий Д. звернувся до лікаря сімейної медицини ЦРКЛ зі скаргами на сухий кашель, особливо вночі, підвищення температури тіла, до 39°C. При огляді стан хворого середньої важкості, температура тіла — 37,4°C, АД — 90/60 мм рт.ст., пульс — 92 уд/хв, дихання зліва різко ослаблене від нижнього кута лопатки і нижче вологі дрібноміхурцеві хрипи. Хворому проведено УЗД

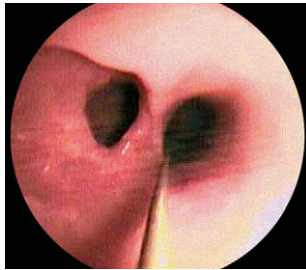


Рис. 1 Зліва — перфорація, справа — провідник проведений через стриктуру стравоходу

плевральних синусів, де зліва виявлено вільну рідину висотою 25 мм, на рентгенограмі: зліва в ІV–V міжребер'ях масивна інфільтрація легеневої тканини. Хворий госпіталізований в ЦРКЛ із діагнозом: Позагоспітальна лівобічна нижньодольова вогнищева плевропневмонія, середньої важкості, ДН ІІ ст. На 17 день (19.01.2015р.) хворому було проведено контрольну рентгенографію органів грудної клітки: зліва інфільтрація збільшилася на одне міжребер'я та займає ІІІ–IV–V міжребер'я. 20.01.2015р. (18 день) хворий направлений на комп'ютерну томографію в обласний центр, де було діагностовано перфорацію стравоходу та явища гнійного медіастиніту, лівобічної пневмонії та госпіталізовано в торакальний відділ обласної лікарні.

В обласній лікарні, того ж дня виконана езофагоскопія та діагностовано розрив стравоходу (25 см від рідів) діаметром 1,0 см, через який виділяється гнійний вміст (рис. 1). Просвіт стравоходу звужений через рубцеву стриктуру (35 см від рідів), апаратом не прохідний. В шлунок через стриктуру проведено провідник, по якому заведено зонд для ентєрального харчування. Бронхоскопія: прохідність трахеобронхіального дерева не порушена. Дифузний ендобронхіт І–ІІ ст.

21.02.15 (19 день) хворому виконана операція: резекція 1/4 частини лівої легені. Розкриття та дренивання середостіння. Післяопераційний діагноз: рубцева стриктура середньої третини грудного відділу стравоходу. Розрив верхньо-грудного відділу стравоходу. Поширений задній медіастиніт. Медіастіно-легенева норія. Гангрена четвертої частки лівої легені. Тотальний адгезивний плеврит. ДН І ст.

При ретроспективному перегляді цифрових рентген знімків, уже з відомими даними про перфорацію стравоходу, у даного пацієнта не було виявлено характерних ознак пошкодження стравоходу та медіастиніту.

Висновок лікаря-рентгенолога за результатами комп'ютерної томографії: враховуючи локалізацію пошкодження у верхній третині стравоходу — перфорація внаслідок роздренування гнійного процесу в просвіт стравоходу із плевральної порожнини неможлива. Зважаючи на тривалий термін захворювання, в яде клінічне протікання, наявність у задньому середостінні та плевральній порожнині рідинних осумкувань з повітрям та множинними перетяжками, утворення стравохідно-плевральної норії зліва дані ознаки можуть вказувати на тривале і поступове поширення інфекційного процесу порожнинно-середостіння.

Висновки. Отже, в нашому випадку під час та після видалення стороннього тіла з анатомічно зміненого, внаслідок стриктури стравоходу, не було відмічено будь-яких скарг, погіршення загального стану хворого, не було підшкірної емфізми, яка характерна для пошкодження шийного відділу стравоходу. Клінічне протікання захворювання в даного пацієнта, більш характерне для хронічного процесу, а не для гострого, що виникає при ятрогенному пошкодженні стравоходу. При рентгенологічному дослідженні органів грудної клітки, на 13 та 17 день після ендоскопічного видалення стороннього тіла, не було виявлено розширення тіні ший і середостіння, емфізми середостіння, пневмотораксу. Враховуючи вищевказані факти та дані додаткових методів дослідження, найбільш ймовірною причиною виникнення медіастиніту у хворого Д., була хронічна стравохідно-плевральна норія, яка усугубилася наявністю стороннього тіла, ендоскопічними маніпуляціями на фоні пониженого імунітету, лівобічної нижньодольової пневмонії та хронічної алкогольної інтоксикації.

Отже, видалення стороннього тіла з анатомічно зміненого органу (стриктура нижньої третини стравоходу, внаслідок хімічного опіку) потребує обов'язкового контрольного ендоскопічного огляду та госпіталізації хворого для спостереження в умовах стаціонару. Недотримання даної тактики, призвело до грізних для життя хворого ускладнень та покладає основну відповідальність на несвочасне розпізнавання пошкодження (норіції?) стравоходу на лікаря ендоскопіста.

ОПЫТ НАБЛЮДЕНИЯ РЕДКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА, ПРИВЕДШЕГО К КРОВОТЕЧЕНИЮ

Ганжий В.В., Новохатний П.В.¹

Запорожский государственный медицинский университет. ¹КУ «ГКБЭ и СМП», г. Запорожье, Украина

Введение. Лейомиобластома, или эпителиоидная лейомиома, составляет до 0,6% новообразований желудка. Гистогенез опухоли не установлен, большинство исследователей считают ее новообразованием диффузной нейроэндокринной системы (АПУД-системы). Как правило, имеет узловатый вид, но может обладать и инфильтрирующим ростом. Возникает из мышечного слоя стенки желудка, лейомиобластома иногда достигает огромных размеров. Клиническое течение заболевания и биологическое поведение опухоли

непредсказуемы. При микроскопических признаках доброкачественности, некоторые опухоли могут метастазировать. Выявлены патоморфные признаки эндоскопического, ультрасонографического, рентгенологического методов при лейомиобластомах верхнего отдела пищеварительного тракта (гладкая поверхность опухоли 96%, подвижность слизистой оболочки над опухолью 74%, выбухание слизистой оболочки 100%, изменение контуров складок слизистой 21%, четкие контуры дефекта наполнения 94%).