

А.И. Брегель, А.М. Хантаков, Н.А. Мутин

**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**ГОУ ВПО ИГМУ Росздрава (Иркутск)
ГУЗ «Иркутская городская больница № 1» (Иркутск)

Цель исследования: определение значения неотложной лапароскопии при остром нарушении мезентериальной проходимости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы располагаем опытом эндоскопической диагностики острой мезентериальной непроходимости (ОМН) у 227 больных за последние 9 лет, что составило 6,7 % от 3355 лапароскопий, проведенных за этот период времени.

С подозрением на острое нарушение мезентериального кровообращения были осмотрены 259 больных. У 175 (67,6 %) из них диагноз был подтвержден, у 84 (32,4 %) больных ТМС был отвергнут. Из этих 84 больных у 55 больных острая хирургическая патология живота была исключена, а у 29 больных диагностированы другие острые хирургические заболевания органов брюшной полости. Кроме того, у 52 больных при лапароскопии в связи с подозрением на другие заболевания брюшной полости, диагностировано острое нарушение мезентериального кровообращения.

Мужчин было 136 (59,9 %), женщин — 91 (40,8 %). До 50 лет было 6 (2,6 %) больных, в возрасте 51 — 60 лет — 18 (7,9 %), 61 — 70 лет — 48 (21,1 %), 71 — 80 лет — 96 (42,3 %), и старше 80 лет — 59 (26,0 %) больных. Таким образом, больные пожилого и старческого возраста составили 89,4 %.

Существенное значение имеют сроки проведения исследования. У 160 (70,5 %) больных лапароскопия была выполнена в первые сутки их пребывания в клинике.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Ишемическая стадия ОМН констатирована у 83 (36,6 %) больных, инфаркт — у 24 (10,6 %) и некроз кишечной стенки с развитием перитонита — у 120 (52,9 %) больных. Таким образом, при эндоскопическом исследовании чаще имела место ОМН в стадии ишемии или некроза кишки с перитонитом. У 181 (79,7 %) больных отмечено поражение только тонкой кишки.

Наиболее сложна диагностика первой стадии заболевания — ишемии. Это обусловлено нечеткой лапароскопической семиотикой и возможностью обратимых нарушений как артериального, так и венозного кровотока в кишечнике. Ишемическая стадия инфаркта кишки характеризовалась бледностью кишечной стенки, спазмом или парезом, отсутствием видимой пульсации краевых сосудов. Выпот отсутствовал. При венозном тромбозе петли кишечника имели цианотичную окраску и чаще были паретически расширены.

При ишемическом инфаркте кишечника был сероватого цвета, с тусклой поверхностью, спастические участки чередовались с паретическими. При прогрессировании процесса появляются внутритканевые кровоизлияния, окрашенные в темный цвет участки кишки. При геморрагическом инфаркте в брюшной полости рано появляется жидкость красноватого цвета, стенка кишки вследствие обширных сливных кровоизлияний приобретает синюшно-красный цвет. Перистальтика отсутствует, диаметр кишки увеличен. У 9 больных во второй стадии заболевания констатировано развитие перитонита.

В третьей стадии заболевания — перитоните — обычно без труда определяются признаки гангрены кишки и перитонита. Брюшная полость содержит мутный темно-геморрагический выпот, петли кишечника грязно-серого или черного цвета, раздуты, покрыты фибрином. Определяется характерный гнилостный запах.

Серьезные проблемы возникают при сегментарном нарушении кровообращения, когда участки ишемии и некроза кишки имеют незначительную протяженность и могут быть скрыты под большим сальником и петлями неизмененного кишечника. Для уменьшения вероятности диагностической ошибки при подозрении на острое нарушение мезентериального кровообращения в процессе исследования возникает необходимость в изменении положения больного на операционном столе и использовании манипулятора для смещения кишечных петель и большого сальника, закрывающих измененный участок кишки.

Для правильной интерпретации эндоскопической картины при нарушении мезентериального кровообращения часто бывает необходимо оценить имеющиеся изменения цвета, перистальтики кишечных петель, пульсацию сосудов и другие признаки заболевания в динамике. Мы располагаем опытом проведения 27 повторных осмотров брюшной полости у 21 больного с острым нарушением мезентериального кровообращения. У одного больного проводилось по 1 — 2 динамических лапароскопии в сроки от 12 до 72 часов после первичного осмотра брюшной полости.

Наибольшее значение повторные осмотры брюшной полости имеют у больных с подозрением на ишемическую стадию заболевания, когда отсутствует возможность провести экстренную ангиографию и выполнить адекватную операцию на сосудах брюшной полости.

В стадии инфаркта кишечника показания к проведению динамической лапароскопии возникают реже, однако, при отказе от хирургического вмешательства целесообразность проведения повторных осмотров брюшной полости несомненна.

ВЫВОДЫ

Наш опыт проведения неотложной лапароскопии при ОМН свидетельствует о её высоких диагностических возможностях и относительной безопасности, однако требует высокой профессиональной подготовки врача-эндоскописта. Расширению диагностических возможностей метода способствуют повторные осмотры брюшной полости.

А.И. Брегель, В.Ю. Рабданова, Н.А. Мутин

ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ ПРИ ОСТРЫХ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

*ГОУ ВПО ИГМУ Росздрава (Иркутск)
МУЗ «Иркутская городская больница № 1» (Иркутск)*

Цель исследования: определение значения неотложной эзофагогастроудоденоскопии (ЭГДС) при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы располагаем опытом неотложной ГДС у 217 больных с острым язвенным гастродуоденальным кровотечением за последние два года. В желудке язвенные дефекты локализовались у 68 (31,3 %), в двенадцатиперстной кишке (ДПК) — у 143 (65,9 %) и в области ГЭА — у 6 (2,8 %) больных.

У 14 больных имелись множественные язвы желудка (2) и 12-перстной кишки (12). Мужчин было 147 (67,7 %), женщин — 70 (32,3 %). До 30 лет было 35 (16,2 %) больных, 30 — 39 лет — 25 (11,5 %), 40 — 49 лет — 44 (20,3 %), 50 — 59 лет — 41 (18,9 %), 60 — 69 лет — 30 (13,8 %), 70 — 79 лет — 25 (11,5 %) больных и старше 80 лет — 17 (7,8 %) больных.

Эндоскопическое исследование мы проводим в первые часы пребывания больного в клинике. Во время эндоскопического осмотра оценивали характер изменений слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, тонус кардиального и пилорического сфинктеров, перистальтические движения стенок. При недостаточной эвакуации крови во время промывания желудка, подозрительные участки слизистой оболочки прицельно отмывали водой через катетер, проведенный по биопсийному каналу эндоскопа.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

После выявления источника кровотечения определяли характер патологического процесса, его локализацию и размеры, интенсивность кровотечения и вероятность его рецидива по Forrest: Forrest 1a — 7 (3,2 %) больных, Forrest 1b — 16 (7,4 %), Forrest 2a — 51 (23,5 %), Forrest 2b — 66 (30,4 %) и Forrest 2c — 77 (35,5 %) больных.

У абсолютного большинства больных во время эндоскопического исследования были диагностированы разнообразные сопутствующие заболевания верхнего отдела пищеварительного тракта, в том числе различные формы гастрита.

Кроме гастрита и дуоденита были обнаружены: у 141 (65,0 %) больного — деформация луковицы двенадцатиперстной кишки и привратника, у 38 (17,5 %) — эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки, у 18 (8,3 %) — дуоденогастральный рефлюкс, у 37 (17,1 %) — эзофагит, у 8 (3,7 %) — варикозное расширение подслизистых вен пищевода, а также другие заболевания.

В желудке язвы чаще локализовались в области угла и тела (36,8 %), а в 12-перстной кишке — на передней (52,9 %) и верхней (23,5 %) ее стенках. У 23,5 % больных желудочные язвы превышали 2 см в диаметре. У большинства больных (66,2 %) размеры язвенного дефекта в двенадцатиперстной кишке были до 1,0 см. У многих больных с дуоденальной язвой деформация и стеноз выходного отдела желудка и луковицы 12-перстной кишки затрудняли проведение эндоскопа.

Диагноз язвенного кровотечения не вызывает сомнения при наличии хронической язвы с характерной конвергенцией складок слизистой к возвышающимся гиперемизированным краям язвенного дефекта, покрытого фибрином с тромбированным или кровоточащим сосудом в его дне. Однако при кровотечении далеко не у всех больных удастся хорошо рассмотреть язвенный дефект и кровоточащий или тромбированный сосуд в дне или крае язвы. Полноценному осмотру препятствуют помимо деформации и стеноза органов, изливающаяся кровь или фиксированный сгусток, которые закрывают де-