

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 эзофагогастродуоденоскопии (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-

фект слизистой оболочки. После прицельного орошения струей воды в большинстве случаев удается обнаружить края и дно язвы и установить причину кровотечения.

Если сгусток крови полностью закрывает источник кровотечения и отсутствует подтекание свежей крови, диагностика причины кровотечения осуществляется при последующих осмотрах. При подтекании крови из-под сгустка удаляем его струей воды или щипцами.

Правильную интерпретацию изъязвления затрудняет сходство хронических язв с острыми язвами и язвенной формой рака. Дифференциальную диагностику между ними проводили по известным эндоскопическим признакам и результатам морфологического исследования. Эффективность диагностики повышалась при повторных эндоскопических осмотрах.

Эффективность эндоскопического гемостаза при острых пищеводно-желудочно-кишечных кровотечениях зависит от ряда факторов. Однако ведущая роль принадлежит причине и интенсивности кровотечения, гемостатической эффективности применяемого метода и технике выполнения манипуляции.

Лечебная эндоскопия была применена у 38 больных и была направлена на остановку кровотечения при продолжающемся кровотечении и на профилактику его рецидива при остановившемся кровотечении. Лечебные манипуляции включали обкалывание источника кровотечения гемостатическими препаратами, наложение клипс и аргонплазменную коагуляцию источника кровотечения. Остановить продолжающееся кровотечение не удалось у одного больного.

Осложнений, связанных с проведением диагностической и лечебной эндоскопии не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные подтверждают высокую эффективность диагностической и лечебной эзофагогастродуоденоскопии при острых язвенных кровотечениях.

А.И. Брегель, Н.А. Мутин, В.В. Андреев, В.В. Евтушенко

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕТРОГРАДНАЯ ПАНКРЕАТОХОЛОНГИОГРАФИЯ И ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

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

Цель исследования: определение возможностей эндоскопической ретроградной панкреатохолонгиографии (ЭРПХГ) и эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) при механической желтухе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У большинства больных исследование проводили по срочным показаниям в первые 2–3 суток пребывания больных в клинике.

ЭРПХГ выполнена у 239 больных. Основным показанием к проведению исследования было подозрение на механическую желтуху. У 183 больных после ЭРПХГ проведена ЭПСТ. Мужчин было 63 (26,4 %), женщин – 176 (73,6 %). По возрасту больные распределились следующим образом: 12 (5,0 %) больных были младше 30 лет, 6 (2,5 %) – в возрасте 31–40 лет, 24 (10,0 %) – 41–50 лет, 47 (19,7 %) больных – 51–60 лет, 53 (22,2 %) больных – 61–70 лет, 66 (27,6 %) больных – 71–80 лет и 31 (13,0 %) больной был старше 80 лет.

Содержание билирубин в плазме крови не было повышено только у 9,2 % больных. У 15,9 % больных уровень билирубина составлял 21–40 ммоль/л, у 22,6 % больных – 41–80, у 17,6 % больных – 81–120, у 21,8 % больных – 121–160, у 8,0 % больных – 161–220 и у 5,0 % больных содержание билирубина превышало 221 ммоль/л.

У большинства больных имелись сопутствующие заболевания, усугубляющие течение механической желтухи: ишемическая болезнь сердца (75), гипертоническая болезнь (68), хроническая сердечная недостаточность (5), инфаркт миокарда (4), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (4), сахарный диабет (4) и другие.

У всех больных было проведено УЗИ холедоха; камни в холедохе обнаружены у 15,5 % больных, у 60,7 % больных холедохолитиаз не подтвержден и у 23,8 % больных на основании ультразвукового исследования не удалось достоверно установить наличие или отсутствие конкрементов в холедохе.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

При дуоденоскопии диаметр большого дуоденального соска (БДС) обычно не превышал 5 мм. У 198 (82,8 %) больных устье БДС было округлой формы, у 27 (11,3 %) – щелевидной, у 5 (2,3 %) – ворсинчатое, у 4 (1,7 %) – точечной и у 5 (2,2 %) имело другую форму.