

Практическое использование однобаллонного энтероскопа

K. Othsuka, S. Kudo

Digestive Disease Center Showa University Northern Yokohama Hospital, Yokohama, Japan

Перевод с английского

ВСТУПЛЕНИЕ

Тонкая кишка иногда упоминается как «Тёмный Континент» желудочно-кишечного тракта и эндоскопическая диагностика доказала своё право быть методом выбора для изучение этой области. Детальное эндоскопические исследования в повседневной клинической практике стало возможным благодаря капсульной эндоскопии (КЭ) и Двухбаллонной энтероскопии. Капсульная эндоскопия в настоящее время остается диагностическим методом не предусматривающим лечебные вмешательства, поэтому в дальнейшем усовершенствований нуждается двухбаллонный эндоскоп. Чтобы справиться с этой задачей, мы рассмотрели принципы баллонной эндоскопии и разработали Однобаллонный энтероскоп (ОБЭ) баллон у которого находится только на супертубусе, а не на самом эндоскопе. В этой статье рассказывается о нашем опыте использования этого аппарата.

ЦЕЛИ

Мы отобрали пациентов, подозрительных в плане болезней тонкой кишки, у которых не было выявлено патологии в верхних и нижних отделах желудочно-кишечного тракта. Это был 21 больной, которым выполнено в общей сложности 30 исследований ОБЭ (SBE) в нашей больнице в период до января 2007. В 12 случаях выявлено желудочно-кишечного кровотечение, в трёх имелась опухоль тонкой кишки, трое отмечали боль в животе, в двух случаев имелись эпизоды диареи и в одном случае – болезнь Крона.

МЕТОД

При однобаллонной энтероскопии аппарат проводят наиболее глубоко в тонкую кишку захватывая кишечник баллоном установленным на дистальном конце супертубуса. После проведения эндоскопа супертубус продвигается к дистальному концу эндоскопа, затем баллон на конце супертубуса раздувается, чтобы удержать кишку. Следующим этапом эндоскоп и супертубус подтягиваются назад, чтобы присборить кишечник

и эндоскоп продвинуть дальше из текущего положения. Повторяя этот цикл, аппарат можно провести глубоко в тонкую кишку. Мы использовали, эндоскоп XSIF-Q260 фирмы Olympus. Подготовка к антеградному доступу требует голода, равно как при исследовании верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Что касается ретроградного подхода, то необходимо готовить кишку раствором полиэтиленгликоля так же как и при колоноскопическом исследовании.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Было обнаружено пять изъязвлений тонкой кишки и два манифестных кровотечения, а так же метастатическая маленькая опухоль кишки, полип тощей кишки, структура тощей кишки и перекрут петли тощей кишки. Мы выполнили гемостаз клипированием в двух случаях кровотечения. Баллонная дилатация тощей кишки устранила кишечную непроходимость и боль в животе. Выполнили эндоскопическое исследование для устранения заворота тощей кишки.

НАБЛЮДЕНИЕ

Пациент 70 лет, мужчина, в анамнезе диабетическая нефропатия. После стентирования коронарной артерии, пациент принимал 300 мг сапогрелата гидрохлорида, 200 мг тиклопидина гидрохлорида и 100 мг аспирина. В стуле пациента была обнаружена свежая кровь, однако при исследовании верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта источник кровотечения не был выявлен. Поскольку подозревалось кровотечение из тонкой кишки был прекращён приём антикоагулянтов и перелито, в общей сложности, 1600 мл эритроцитарной массы, однако потеря крови продолжалась и пациент был доставлен в нашу больницу для выполнения энтероскопии. Так как предполагали продолжающееся кровотечение, мы применили антеградную энтероскопию, но не смогли найти ни источника кровотечения, ни кровяного сгустка. Таким образом, мы закончили исследование, промаркировав самое глубокое положение эндоскопа.

На следующий день выполнили ретроградный подход и обнаружили кровь в подвздошной кишке. После достижения маркировочной отметки мы исследовали кишечник при выведении эндоцопа и обнаружили участок кровотечения на расстоянии 120 см от илеоцекального клапана. Попытка прижигания аргоно-плазменной коагуляцией не принесла успеха, поэтому пришлось применить клипирование места кровотечения. В результате исследования всей тонкой кишки был обнаружен лишь один источник кровотечения. В дальнейшем, признаков наличия крови в стуле не отмечалось даже после возобновления питания, таким образом, пациент был выписан на седьмой день. Поскольку кровотечение не рецидивировало после выписки из больницы мы сделали вывод, что его источником было обнаруженное нами повреждение.

ОБСУЖДЕНИЕ

Возможность эндоскопического лечения заболеваний тонкой кишки появилась с изобретением двухбаллонного эндоцопа профессором Хиронори Ямamoto. До этого тонкокишечное кровотечение купировалось лишь назначением гемостатиков вводимых под контролем ангиографии, либо хирургическим путём. Эндоцопический гемостаз расценивается как более надежный из-за его прямого воздействия на источник. Благодаря более простому механизму, однобаллонная эндоскопия имеет преимущества, такие как простота подготовки к манипуляции. Эти преимущества облегчают выполнение процедуры одним человеком и дают специалисту возможность полностью контролировать исследование, так как баллон установлен не эндоскопе. В отличие от двухбаллонного эндоцопа, сгибания дистального конца эндоцопа достаточно для захватывания кишки и продвижения супертубуса. Однобаллонная эндоскопия позволяет оценить всю тонкую кишку.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Однобаллонный эндоцоп способен качественно визуализировать всю тонкую кишку, что приносит весомые плоды в диагностике заболеваний. Кроме того, его усовершенствованный механизм делает подготовку и вмешательство более простыми в применении. Так же, врач-исследователь может применять различные световые режимы, например, с узкоспектральным картированием (NBI). Благодаря этим преимуществам однобаллонный эндоцоп является наиболее предпочтительным для диагностики и лечения заболеваний тонкой кишки.



Рис. 1. Точечное кровотечение.
Стрелка указывает на участок кровотечения

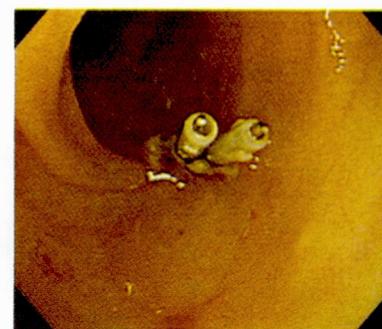
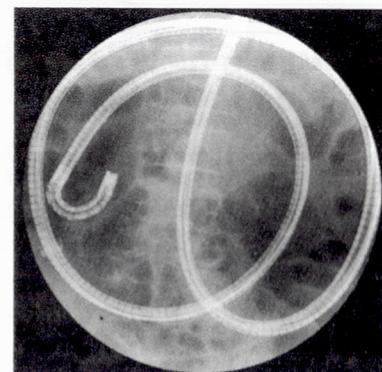
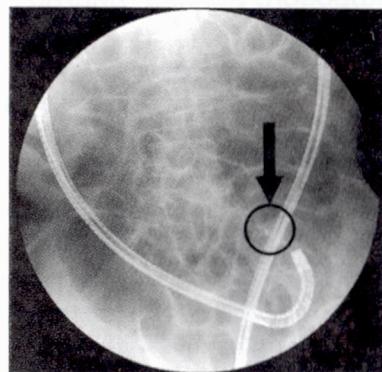


Рис. 2. После кровотечения



Анграградный подход



Ретроградный подход. Стрелка указывает на гемостатическую клипсу

Рис. 3. Рентгенография органов брюшной полости

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ИНФОРМАТИЗАЦИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

LookInside

медицинское
программное
обеспечение



Программный пакет
LookInside PACS

LookInside Рабочая станция - Программное обеспечение врача диагностической специальности для работы с изображениями в международном медицинском стандарте DICOM. Позволяет осуществлять захват статичных изображений и кинопетель, распечатывать "ключевые" изображения с протоколом исследования. В состав рабочей станции входит модуль протоколирования результатов исследования, обеспечивающий ускоренный ввод информации с клавиатуры или с помощью мыши.

LookInside DICOM Архив - Серверное программное обеспечение для создания единого цифрового архива диагностических медицинских изображений в стандарте DICOM.



Автоматизированное Рабочее
Место врача LookInside

Программа предназначена для организации рабочих мест врачей как одного кабинета, так и отделения в рамках одной или нескольких диагностических специальностей (ультразвук, рентген, эндоскопия). Оптимальное решение для диагностических кабинетов или отделений, использующих аппаратуру, не поддерживающую стандарт DICOM.

ЗЕМСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ

129344, Москва, улица Енисейская, д. 1, строение 1, офис 224

Тел./факс: (495) 223-2430 (многоканальный); e-mail: mail@zemmed.ru; web-site: www.zemmed.ru