

Ретроградное вклинение эндоскопа в пищевод

М.В. Четин, В.Г. Сотников

Городская клиническая больница №1 (Перинатальный центр), г. Ульяновск, Россия

При проведении плановой ЭГДС в одной из поликлиник нашего города пациенту К., 63 лет, при инверсионном осмотре кардиального отдела желудка произошло ретроградное введение дистального конца эндоскопа в пищевод (рис. 1). Наружный диаметр аппарата 9 мм. При попытке выведения эндоскопа длина ретроградно вклиненного участка аппарата лишь увеличивалась, проникая выше по пищеводу.

После введения атропина, пациенту параллельно вклиненному эндоскопу проведен тонкий эндоскоп (наружный диаметр 5 мм). При этом дистальный конец вклиненного аппарата находился в с/3 пищевода. Через инструментальный канал тонкого эндоскопа введены биопсийные щипцы, которые затем ретроградно проведены в инструментальный канал вклиненного эндоскопа для «жесткого» совмещения аппаратов (рис. 2). Одновременно поступательным движением обоих эндоскопов дистальные концы их низведены в желудок. Изгиб вклиненного аппарата устранен с последующей расстыковкой эндоскопов после извлечения щипцов из

инструментальных каналов (рис. 3). Оба аппарата извлечены поэтапно. При контрольной ЭГДС выявлено осаднение слизистой оболочки в с/3 пищевода линейной формы 1,0×0,2 см без признаков кровотечения.

В этот же день буквально через 1 час после предыдущего обследования вновь произошло вклинение эндоскопа в пищевод у пациентки Н., 53 лет. Обследование выполнял тот же врач-эндоскопист. Вклинение эндоскопа было устранено аналогично вышеописанному.

Пациенты осмотрены через неделю и месяц: жалоб не предъявляют, повреждений слизистой оболочки пищевода не выявлено.

КОНТАКТЫ

Четин Михаил Владимирович

Городская клиническая больница № 1,
(Перинатальный центр) г. Ульяновск
mchet@donet.ru

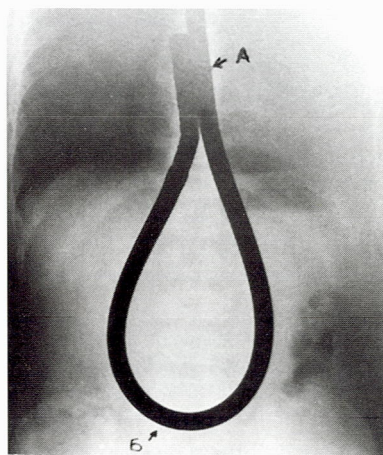


Рис. 1. Ретроградное вклинение эндоскопа. А – нахождение эндоскопа в пищеводе; Б – изгиб эндоскопа в желудке.

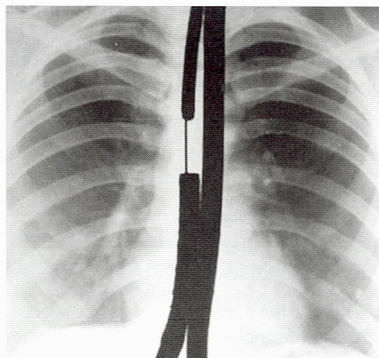


Рис. 2. Техника устранения вклинения.

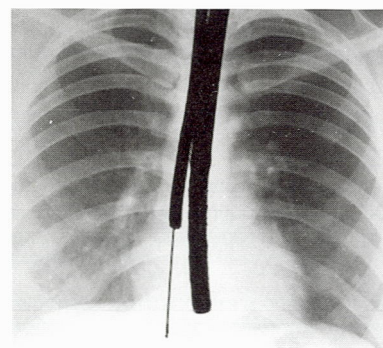


Рис. 3. Оба эндоскопа после устранения вклинения в пищеводе.



Редакция сочла возможным опубликовать данное наблюдение без библиографических сведений ввиду его редкости.

Наблюдение весьма поучительно, как с точки зрения вероятности развития такого осложнения во время инверсионной гастроскопии, так и с точки зрения применения приема использованного для низведения аппарата.

Связано оно скорее всего с износом аппарата, потерей эластичности наружной оболочки и растяжения тросовой системы.

К сожалению, авторы не привели технические характеристики прибора.

Несколько десятилетий назад, в 1970 году, в одном из лечебных учреждений Ленинграда произошло точно такое же осложнение во время исследования. Аппарат был низведен в желудок таким же приемом, каким воспользовались авторы.

Москва, 25 сентября 2009 г.

Международная
научно-практическая
конференция
с прямой видеотрансляцией
из операционной

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЭНДОСКОПИИ Эндосонография

25 сентября 2009 г.
Начало конференции — 10.30
Окончание конференции — 16.00

ИВБ



Институт хирургии имени
А.В. Вишневского 115998, Москва,
ул. Большая Серпуховская, 27