

УДК 617.55-072.1

DOI: 10.22141/2224-0586.5.92.2018.143239

Філоненко В.О.<sup>1</sup>, Лесний В.В.<sup>2</sup>, Лесна А.С.<sup>2</sup><sup>1</sup> Обласна лікарня інтенсивної терапії міста Маріуполь, м. Маріуполь, Україна<sup>2</sup> Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

## Сучасні можливості ургентної фіброезофагогастродуоденоскопії в діагностично-лікувальному алгоритмі хворих з гострою хірургічною патологією

**Резюме.** *Актуальність.* Роль фіброезофагогастродуоденоскопії неzapеречна в діагностиці ускладнень виразкової хвороби, але ендоскопічний етап лікування займає провідне місце в терапії механічної жовтяниці, псевдокіст підшлункової залози, гострої високої тонкокишкової непрохідності, що вимагає подальшого вдосконалення методу та розширення можливостей для його ургентного використання. *Мета дослідження.* Проаналізувати роль ургентної фіброезофагогастродуоденоскопії в лікувально-діагностичному алгоритмі у хворих з гострою хірургічною патологією. *Матеріали та методи.* Проведений ретроспективний аналіз історій хвороби пацієнтів, госпіталізованих в хірургічне відділення з підозрою на гостру хірургічну абдомінальну патологію, яким за екстремими показаннями була виконана фіброезофагогастродуоденоскопія. 377 пацієнтам виконано 489 ургентних фіброезофагогастродуоденоскопій. Показаннями до ургентної фіброезофагогастродуоденоскопії були: підозра або клініка гострої шлунково-кишкової кровотечі — 225 (59,7 %) хворих; підозра на гостру хірургічну патологію черевної порожнини — 123 (32,6 %) хворих; підозра або клініка стороннього тіла верхніх відділів шлунково-кишкового тракту — 29 (7,7 %) хворих. *Результати.* У пацієнтів з підозрою на гостру шлунково-кишкову кровотечу діагностували неварикозну кровотечу у 171 (76 %) пацієнта та провели комбінований ендоскопічний гемостаз у 61 хворого. У 22 пацієнтів виконана успішна ендоскопічна екстракція сторонніх тіл стравоходу. У 33 (26,8 %) хворих за допомогою фіброезофагогастродуоденоскопії верифікували прикриту перфоративну виразку. У 22 (17,8 %) хворих були виявлені ознаки стиснення ззовні, що у 8 хворих відповідало ендоскопічному симптому панкреатичного порожу (псевдопанкреатична кіста, парапанкреатичний інфільтрат), а у 14 хворих виявлено здавлення латеральної стінки дванадцятипалої кишки (підпечінковий абсцес, паравезикальний інфільтрат). У 17 % випадків за допомогою фіброезофагогастродуоденоскопії була виключена гостра хірургічна патологія і верифіковане гастроентерологічне захворювання. *Висновки.* Ургентна фіброезофагогастродуоденоскопія є високоінформативним діагностичним методом, що дозволяє своєчасно підтвердити гостру хірургічну патологію і провести її корекцію.

**Ключові слова:** фіброезофагогастродуоденоскопія; гостра хірургічна патологія

### Вступ

Надання ургентної хірургічної допомоги в умовах дефіциту часу, відсутності повноцінно зібраного анамнезу, тяжкого стану хворого вимагає широкого впровадження додаткових інструментальних методів дослідження для своєчасної діагностики та лікування гострої абдомінальної патології [1].

Ендоскопічний гемостаз визнаний золотим стандартом лікування хворих з гострою шлунко-

во-кишковою кровотечею (ГШКК), але можливості ургентної фіброезофагогастродуоденоскопії (ФЕГДС) в діагностично-лікувальному алгоритмі хворих з гострою хірургічною нозологією значно ширше [2, 3]. Роль ФЕГДС неzapеречна при ускладненнях виразкової хвороби (діагностика прикритої перфорації виразки, виразкової кровотечі, виразкового пілородуоденального стенозу), ускладненнях портальної гіпертензії (лігування варикозних

© «Медицина невідкладних станів» / «Медицина неотложных состояний» / «Emergency Medicine» («Medicina neotložnyh sostojanij»), 2018

© Видавець Заславський О.Ю. / Издатель Заславский А.Ю. / Publisher Zaslavsky O.Yu., 2018

Для кореспонденції: Лесний Вадим Вікторович, кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургії № 2, Харківський національний медичний університет, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022, Україна; e-mail: mervalesnoy2015@ukr.net; контактний тел.: +38 (095) 603-61-19.

For correspondence: Vadim Lesnoy, PhD, Assistant at the Department of surgery 2, Kharkiv National Medical University, Nauky Ave., 4, Kharkiv, 61022, Ukraine; e-mail: mervalesnoy2015@ukr.net; contact phone: +38 (095) 603-61-19.

вен стравоходу), сторонніх тілах верхніх відділів шлунково-кишкового тракту [4]. Але ендоскопічний етап лікування займає провідне місце в терапії механічної жовтяниці різної етіології, гострого біліарного панкреатиту (транспапілярні втручання), гострої високої тонкокишкової непрохідності (синдром Бувере).

Можливості ФЕГДС дозволяють вчасно діагностувати післяопераційні ускладнення: неспроможність гастроентероанастомозу (ендоскопічне лікування локальним від'ємним тиском, кліпування внутрішнього отвору шлункових фістул), пошкодження жовчних проток (ендоскопічна ретроградна холангіографія), рубцеві стриктури анастомозів (ендоскопічне стентування) [5].

**Мета:** проаналізувати роль ургентної ФЕГДС в лікувально-діагностичному алгоритмі у хворих з гострою хірургічною патологією.

## Матеріали та методи

Проведено ретроспективний аналіз історій хвороби пацієнтів, госпіталізованих в хірургічне відділення з підозрою на гостру хірургічну абдомінальну патологію, яким за екстремними показаннями була виконана ФЕГДС. 377 пацієнтам проведено 489 ургентних ФЕГДС. Чоловіків було 209 осіб (55,4 %), жінок — 168 (44,6 %). У 300 (79,6 %) хворих при госпіталізації були виявлені супутні захворювання (миготлива аритмія, цукровий діабет, хронічний бронхіт).

Показаннями до ургентної ФЕГДС були: підозра або клініка ГШКК — 225 (59,7 %) хворих; підозра на гостру хірургічну патологію при локалізації болювого синдрому у верхньому поверсі черевної порожнини — 123 (32,6 %) хворих; підозра або клініка стороннього тіла верхніх відділів шлунково-кишкового тракту — 29 (7,7 %) хворих.

Протипоказаннями до виконання ургентної ФЕГДС були: неадекватна поведінка хворого внаслідок алкогольного сп'яніння або гострого психомоторного збудження — 6 (1,5 %) хворих; хворі з декомпенсацією цереброваскулярної або кардіореспіраторної системи на підставі висновку консилиуму лікарів — 2 (0,5 %) хворі, випадки письмової відмови від дослідження — 4 хворі.

Хворим із нестабільною гемодинамікою проводили екстрену ФЕГДС тільки на тлі інфузійної терапії (розчини кристалолідів) з інтубацією трахеї (при  $PO_2$  нижче 60 мм рт.ст.) у відділенні інтенсивної терапії або після стабілізації стану протягом 24 годин з моменту госпіталізації в стаціонар — 10 (2,7 %) хворих.

ФЕГДС проводилася за загальноприйнятною методикою під місцевою анестезією ротоглотки розчином лідокаїну з використанням фіброендоскопів з торцевою оптикою фірми Olympus (Японія). Для ендоскопічного гемостазу використовували коагуляцію за допомогою апарата фірми «Надія-2» (Україна), ендоскопічну ін'єкційну голку (діаметром 21–23G, довжина голки 6 мм, діаметр робочого каналу 2 мм); для екстракції чужорідних тіл із

шлунково-кишкового тракту використовували кошик Dormia, діатермічну петлю для поліпектомії, біопсійні щипці.

## Результати та обговорення

Серед ургентних ФЕГДС, виконаних у хворих з підозрою на ГШКК («кавова гуща», мелена), були верифіковані наступні нозології: гостра виразка шлунка або дванадцятипалої кишки — 96 (25,5 %) хворих, хронічна виразка шлунка або дванадцятипалої кишки — 47 (12,5 %) хворих, виразка Д'єлафуа — 4 (1,1 %) хворих, синдром Меллорі — Вейса — 13 (3,4 %) хворих, ерозивно-геморагічні гастродуоденіти — 11 (2,9 %) хворих; кровотеча з варикозних вен стравоходу, кардіального відділу шлунка — 21 (5,5 %) хворий; кровотеча з пухлинних новоутворень шлунка (поліп, лейоміома, аденокарцинома, рак) — 33 (8,6 %) хворі.

Перед екстреною ФЕГДС активну аспірацію вмісту шлунка, введення прокінетиків (еритроміцину, метоклопраміду) не проводили, обмежувалися лише пасивною аспірацією шлункового вмісту по назогастральному зонду № 17–19, не пролонгуючи час до ендоскопічного дослідження.

Ендоскопічна діагностика кровотечі проводилась відповідно до класифікації J.A. Forrest [6]: кровотеча F1x — 9 (5,3 %) хворих; F1a — 15 (8,8 %) хворих; F1b — 37 (21,6 %); F1Ia — 44 (25,7 %); F1Ib — 29 (16,9 %); F1Ic — 23 (13,5 %); F1II — 14 (8,2 %) хворих.

За ступенем тяжкості хворі розподілені відповідно до шкали Rockall (вік, критерії гіповолемічного шоку, наявність супутньої патології, ендоскопічне джерело кровотечі, найбільш істотна ознака кровотечі): 2 бали мали 28 (12,4 %) хворих; 3–5 балів — 110 (48,9 %) хворих, 5–8 балів — 51 (22,7 %) хворий, понад 8 балів — 36 (16 %) хворих. У пацієнтів, які входили в групу, де критерій за шкалою Rockall становив понад 5 балів, рецидив кровотечі відзначений в 11 (21,6 %) хворих, а у пацієнтів з критерієм понад 8 балів — у 14 (38,9 %) хворих.

Ендоскопічний гемостаз мав місце при кровотечах F1a, F1b і полягав у проведенні електрокоагуляції, при F1Ia і F1Ib, якщо при іригації згусток крові залишався фіксованим до виразкового кратеру, виконували ін'єкції (адреналін 0,18% 2 мл) за периметром виразки для додаткового гемостазу.

Стійкий ендоскопічний гемостаз можливий лише на тлі підтримки кислотності шлункового соку рН вище 5, що досягалося фармакологічною корекцією за допомогою інфузії блокаторів протонної помпи,  $H_2$ -гістамінових блокаторів.

У хворих з ГШКК з варикозних вен стравоходу гемостаз досягався постановкою зонда Блекмора. Рецидив виразкової кровотечі до 1-ї доби відзначений у 32 (14,2 %) хворих, що вимагало повторного ендоскопічного гемостазу.

При позитивних симптомах Шмітлера (біль при натисканні на гортань), Джексона (гіперсаливація), після огляду ротоглотки, гортаноглотки отоларингологом виконувалася оглядова рентгенографія ший,

грудної клітки для виключення перфорації стравоходу, медиастиніту, потім проводили ФЕГДС з підозрою на стороннє тіло стравоходу. Всього ургентних ФЕГДС, виконаних у хворих з підозрою на стороннє тіло стравоходу, було виконано 29, у 22 (75,9 %) хворих діагностовано стороннє тіло стравоходу, у 7 (24,1 %) хворих чужоріднє тіло не було візуалізоване в стравоході, шлунку, дуоденумі, а суб'єктивні відчуття були обумовлені поверхневими пошкодженнями в місці фіксації стороннього тіла.

Причиною обструкції стравоходу найчастіше були харчові маси (м'ясні, риб'ячі кістки, великі шматки м'яса, сала) — 16 (72,7 %) хворих, рідше — монети, зубні протези, гудзики, дископодібні батарейки. Час з моменту проковтування стороннього предмета до ендоскопічної екстракції становив у 18 (81,8 %) хворих до 12 годин, у 3 (13,6 %) хворих — 12–24 години, у 1 (4,5 %) хворого — понад 24 години.

Місця локалізації сторонніх тіл відповідали фізіологічним звуженням стравоходу (частіше в проєкції I–II фізіологічних звужень), рубцевим стриктурам стравоходу, що виникли в результаті хімічних опіків (сурогатами алкоголю).

Ендоскопічна техніка залежала від розмірів, характеру фіксації і терміну перебування в просвіті стравоходу стороннього тіла. Нефіксовані риб'ячі, м'ясні кістки захоплювали щипцями за типом «крокодиль» і витягували разом з ендоскопом. Шматки м'яса руйнували інструментами до розмірів, при яких відбувалося їх спонтанне проходження в шлунок. Ендоскопічні маніпуляції проводили під суворим візуальним контролем, витягуючи сторонній предмет при постійній інсуфляції повітрям, без різких тракцій. Ускладнень ендоскопічної процедури не було. Ділянку стравоходу (з тривалим перебуванням стороннього тіла з наявністю ерозій, підслизових гематом, тріщин) зрошували розчином декасан з метою профілактики гнійних ускладнень, а через 24 години, при необхідності, проводили контрольну ФЕГДС.

У 123 хворих з больовим синдромом у верхньому поверсі черевної порожнини після проведеного ультразвукового дослідження органів черевної порожнини була виконана ФЕГДС. У 33 (26,7 %) хворих діагностована перфорація хронічної виразки передньої стінки верхньогоризонтальної гілки дуоденум (30 хворих), передньої стінки антрального відділу шлунка (3 хворих) на підставі наступних даних: погане утримання в просвіті повітря при інсуфляції, візуалізація через глибокий кратер виразки внутрішніх органів, посилення больового синдрому.

При збереженні неясної симптоматики в 11 хворих провели повторну оглядову рентгенографію органів черевної порожнини, де візуалізували вільний газ під правим куполом діафрагми (позитивний симптом Спіжарного — Жобера).

У хворих з больовим синдромом в епігастрії, правому або лівому підреб'ї при ФЕГДС була виключена гостра патологія гастродуоденальної зони, але при цьому у 22 (17,8 %) хворих були виявлені

ознаки стискання ззовні, що у 8 хворих відповідало ендоскопічному симптому «панкреатичний поріг» (вибухання задньої стінки шлунка), характерному для псевдопанкреатичної кісти, парапанкреатичного інфільтрату; у 14 хворих виявлено здавлення латеральної стінки дуоденум через абсцес простору Морріса, паравезикальний інфільтрат.

При відсутності в просвіті дуоденум жовчі приділяли увагу великому дуоденальному сосочку (ВДС), у 2 хворих були виявлені ознаки напруженого, набрякового НДС, що дозволило діагностувати ускладнення холедохолітазу.

У ранньому післяопераційному періоді у 2 хворих з клінікою анастомозиту, що виник після операції Більрот II в модифікації за Бальфуром, виконано ендоскопічне заведення зонду за лінію анастомозу, що надавало фізіологічний спокій анастомозу і можливості ентерального харчування пацієнтів.

У 64 (17 %) хворих за допомогою ургентної ФЕГДС була виключена гостра хірургічна патологія, при цьому можливою причиною больового синдрому були: екзофітна пухлина шлунка (взята експресбіопсія) — 27 хворих, аксіальна грижа стравохідного отвору діафрагми (рефлюкс-езофагіт) — 11 хворих, хронічний гастрит або дуоденіт — 20 хворих, дивертикули стравоходу, дуоденум — 3 хворі.

## Висновки

У діагностиці гострого панкреатиту, гострого холециститу, прикритої перфоративної виразки ФЕГДС відіграє додаткову роль, але повинна використовуватися у складних клінічних випадках.

Ургентна ФЕГДС є високоінформативним діагностичним методом, що дозволяє вчасно підтвердити гостру хірургічну патологію: діагностувати джерело кровотечі, виконати стійкий ендоскопічний гемостаз, зробити екстракцію стороннього тіла стравоходу або шлунка, що дозволяє уникнути ургентного відкритого оперативного втручання і знизити показники летальності.

**Конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

## Інформація про внесок кожного автора

Філоненко В.О. — концепція, дизайн дослідження, збір матеріалів.

Лесний В.В. — обробка, аналіз матеріалів, написання тексту.

Лесна А.С. — написання тексту.

## Список літератури

1. Тимербулатов В.М. Мини-инвазивные технологии в экстренной абдоминальной хирургии: некоторые организационные и клинические аспекты / В.М. Тимербулатов, Р.Б. Сатитов, Ш.В. Тимербулатов [и др.] // *Эндоскопическая хирургия*. — 2010. — № 5. — С. 63-66.

2. Фомін П.Д., Матвійчук Б.О., Рачкевич С.А. Удосконалені алгоритми діагностики та лікування шлунково-кишкової кровотечі: Метод. рекомендації. — К., 2012. — 110 с.

3. Королев М.П. Гастродуоденальные кровотечения как проблема urgentной хирургии // Вестник хирургии им. Н.И. Грекова. — 2011. — № 2. — С. 52-54.

4. Пинчук Т.П. Эндоскопическая тактика при инородных телах верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Т.П. Пинчук, М.М. Абакумов, О.В. Квардаков // Эндоскопическая хирургия. — 2010. — № 1. — С. 52-56.

5. Holster I.L. Management of acute nonvariceal upper gastro-intestinal bleeding: current policies and future perspective / I.L. Holster, E.J. Kuipers // World J. Gastroenterology. — 2012. — Vol. 18, № 11 — P. 1202-1207.

6. Forrest J.A.H. Endoscopy in gastrointestinal bleeding // Lancet. — 1974. — № 17. — P. 394-397.

Отримано 07.05.2018 ■

Филоненко В.А.<sup>1</sup>, Лесной В.В.<sup>2</sup>, Лесная А.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Областная больница интенсивной терапии города Мариуполя, г. Мариуполь, Украина

<sup>2</sup> Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

### Современные возможности urgentной фиброэзофагогастродуоденоскопии в диагностическо-лечебном алгоритме больных с острой хирургической патологией

**Резюме.** *Актуальность.* Роль фиброэзофагогастродуоденоскопии неоспорима в диагностике осложнений язвенной болезни, но эндоскопический этап лечения занимает ведущее место в терапии механической желтухи, псевдокист поджелудочной железы, острой высокой тонкокишечной непроходимости, что требует дальнейшего совершенствования метода и расширения возможностей для его urgentного использования. *Цель исследования.* Проанализировать роль urgentной фиброэзофагогастродуоденоскопии в лечебно-диагностическом алгоритме у больных с острой хирургической патологией. *Материалы и методы.* Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, госпитализированных в хирургическое отделение с подозрением на острую хирургическую абдоминальную патологию, которым по экстренным показаниям была выполнена фиброэзофагогастродуоденоскопия. 377 пациентам выполнено 489 urgentных фиброэзофагогастродуоденоскопий. Показанием к urgentной фиброэзофагогастродуоденоскопии были: подозрение или клиника остро го желудочно-кишечного кровотечения — 225 (59,7 %) больных; подозрение на острую хирургическую патологию брюшной полости — 123 (32,6 %) больных; подозрение или клиника инородного тела верхних отделов желудочно-кишечного тракта — 29 (7,7 %)

больных. *Результаты.* У пациентов с подозрением на острое желудочно-кишечное кровотечение диагностировали неварикозное кровотечение у 171 (76 %) пациента и произвели комбинированный эндоскопический гемостаз у 61 больного. У 22 пациентов выполнена успешная эндоскопическая экстракция инородных тел пищевода. У 33 (26,8 %) больных с помощью фиброэзофагогастродуоденоскопии верифицировали прикрытую перфоративную язву. У 22 (17,8 %) больных были выявлены признаки сдавления извне, что у 8 больных соответствовало эндоскопическому симптому панкреатического порога (псевдопанкреатическая киста, парapanкреатический инфильтрат), а у 14 больных выявлено сдавление латеральной стенки двенадцатиперстной кишки (подпеченочный абсцесс, паравезикальный инфильтрат). В 17 % случаев с помощью фиброэзофагогастродуоденоскопии была исключена острая хирургическая патология и верифицировано гастроэнтерологическое заболевание. *Выводы.* Urgentная фиброэзофагогастродуоденоскопия является высокоинформативным диагностическим методом, что позволяет своевременно подтвердить острую хирургическую патологию и произвести ее коррекцию.

**Ключевые слова:** фиброэзофагогастродуоденоскопия; острая хирургическая патология

V.A. Filonenko<sup>1</sup>, V.V. Lesnoy<sup>2</sup>, A.S. Lesnaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Regional Intensive Care Hospital, Mariupol, Ukraine

<sup>2</sup> Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

### Modern possibilities of urgent fibroesophagogastroduodenoscopy in the diagnostic and therapeutic algorithm in patients with acute surgical pathology

**Abstract.** *Background.* The role of fibroesophagogastroduodenoscopy is indisputable in diagnosing complications of peptic ulcer disease, but the endoscopic stage of treatment takes the leading place in the therapy of mechanical jaundice, pancreatic pseudocysts, acute high intestinal obstruction, which requires further improvement of the method and expansion of possibilities for its urgent use. *Materials and methods.* A retrospective analysis was performed of the medical records of patients hospitalized in the surgical department with suspected acute surgical abdominal pathology, who, according to urgent indications, underwent fibroesophagogastroduodenoscopy. In 377 patients, 489 urgent fibroesophagogastroduodenoscopies were performed. Indications for urgent fibroesophagogastroduodenoscopy were: suspicion or clinical picture of acute gastrointestinal bleeding — 225 (59.7 %) cases; differential diagnosis of acute surgical pathology when pain is localized in the upper abdominal region — 123 (32.6 %); suspicion or clinical pattern of foreign body in the upper gastrointestinal tract — 29 (7.7 %) persons. *Results.* In patients with suspected acute gastrointestinal

bleeding, non-variceal bleeding was diagnosed in 171 (76 %) cases, and combined endoscopic hemostasis was performed in 61 patients. In 22 individuals, successful endoscopic removal of foreign bodies in the esophagus was carried out. In 33 (26.8 %) patients, a covered perforated ulcer was verified with the help of fibroesophagogastroduodenoscopy. In 22 (17.8 %) persons, signs of “compression from the outside” were revealed, which in 8 patients corresponded to the endoscopic symptom of the “pancreatic threshold” (pseudopancreatic cyst, parapancreatic infiltrate), and in 14 patients, compression of the lateral duodenal wall (subhepatic abscess, paravesical infiltrate) was detected. In 17 % of cases, acute surgical pathology was excluded, and gastroenterological pathology was verified with the help of fibroesophagogastroduodenoscopy. *Conclusions.* Urgent fibroesophagogastroduodenoscopy is a highly informative diagnostic method that allows for timely confirmation of acute surgical pathology and its correction.

**Keywords:** fibroesophagogastroduodenoscopy; acute surgical pathology