

# Эндоскопия тонкой кишки: применение нового однобаллонного энтероскопа в клинической практике

*Фёдоров Е.Д., Иванова Е.В., Тимофеев М.Е., Звонова Т.А.*

*Российский Государственный Медицинский Университет, ГKB № 31, Москва.*

До развития современных методов энтероскопии, тонкая кишка оставалась «белым пятном» на карте желудочно-кишечного тракта. Наступило время её систематического изучения с использованием видеокапсулы и новых моделей энтероскопов. Развитие методов диагностической и лечебной энтероскопии обеспечивает стабильный доступ и возможность эндоскопического вмешательства на «глубоких» отделах желудочно-кишечного тракта.

**Цель:** оценить эндоскопические возможности и технические аспекты применения однобаллонного энтероскопа XSIF-Q160Y (Олимпас, Япония) при выполнении диагностической и лечебной еюноилеоскопии и колоноилеоскопии у пациентов с подозрением на заболевание тонкой кишки, а также при заболеваниях панкреатобилиарной зоны, у пациентов, ранее перенесших оперативные вмешательства на верхних этажах брюшной полости, затрудняющих эндоскопический доступ к области большого дуоденального сосочка, либо билиодигестивного соустья.

**Материалы:** С 14 февраля 2007г. по 19 декабря 2007г. у 26 больных: 15 мужчин, 11 женщин; в возрасте от 21 до 89 лет, средний -  $52,4 \pm 12,5$  лет, было выполнено 31 исследование (28 плановых, 3 срочных): 22 пероральных энтероскопии (в том числе 5 лечебных) и 9 колоноилеоскопий (в том числе 1 лечебная). У 5 из 26 пациентов были проведены оба исследования. Объемные операции на органах брюшной полости в анамнезе были у 12 (46,2%) больных. С целью обезболивания в четырнадцати случаях использовалась тотальная внутривенная анестезия, в восьми - внутривенная седация, в девяти - внутримышечная премедикация. Пройденное энтероскопом расстояние оценивалось по циклам продвижения - присборивания тонкой кишки, в среднем было использовано  $10 \pm 3$  цикла при трансоральной энтероскопии,  $3 \pm 1$  - при трансанальной энтероскопии. Проведение аппарата контролировалось рентгено-эндоскопически у 14 больных, в остальных случаях только эндоскопически.

**Результаты:** при трансоральной энтероскопии общая продолжительность вмешательств колебалась от 35 до 130 мин. (в среднем  $79,3 \pm 28,0$  мин.); при колоно-илеоскопии от 60 до 170 мин. (в среднем  $97,5 \pm 49,9$  мин.). При пероральной энтероскопии у 21 пациента удалось осмотреть от 100 до 500 см, в среднем  $289,4 \pm 127,3$  см тонкой кишки; у 1 пациентки из-за выраженного спаечного процесса и перегиба тонкой кишки нам не удалось пройти далее 40 см от связки Трейца. При колоно-илеоскопии во всех случаях удалось преодолеть Баугиниеву заслонку и осмотреть от 100 до 250 см подвздошной кишки, в среднем  $156,3 \pm 75,6$  см. Из технических особенностей выполнения энтероилеоскопии следует отметить, что основным фактором, препятствующим глубокому введению энтероскопа, являлся спаечный процесс, перегибы и фиксация петель кишки в результате ранее перенесенных обширных операций на органах брюшной полости, а при колоноилеоскопии ещё и анатомия толстой кишки. При обследовании неоперированных больных преодоление первых 3,0-3,5м тонкой кишки, как правило, происходило беспрепятственно и достаточно быстро; по мере продвижения в более глубокие участки присборивать и удерживать кишку становилось труднее. Баллонная энтероскопия - достаточно трудоемкий метод исследования, который требует определенного навыка и специальной подготовки врача-эндоскописта и его ассистентов. В то же время, строгое соблюдение всех

методических рекомендаций, целеустремленность в освоении методики и выявлении заболеваний тонкой кишки, на наш взгляд, позволяют быстро внедрить метод в клиническую практику учреждения.

Из 4 больных с подозрением на тонкокишечное кровотечение у 1 были обнаружены ангиоэктазии и флебэктазии; у 3-х остальных - источник не обнаружен, выявлены липидные бляшки. У 2 б-х с острой тонкокишечной непроходимостью было подтверждено нарушение пассажа по тощей кишке и установлен зонд для её декомпрессии (у 1-го из них непроходимость разрешилась, второй был оперирован). У 5 б-х были обнаружены полипы тонкой кишки: у 3-х пациентов полипы не потребовали удаления; у 1 пациента удалён гиперпластический полип; у 1 пациентки с семейным аденоматозным полипозом обнаружена тубулярно-ворсинчатая аденома слизистой тонкой кишки с дисплазией I-II степени тяжести и планируется эндоскопическое вмешательство. Из 4-х больных после реконструкции по Бильрот II, по Бальфуру и по Ру (2 больных), несмотря на наличие длинной приводящей петли, в 3-х случаях удалось достичь желчевыводящих путей и в 2 случаях выполнить их санацию, а в 1 случае, у пациентки после холецистэктомии, бигепатикоеюностомии на петле по Ру, из-за фиксации и выраженного изгиба кишки, выполнить исследование в полном объеме и достичь гепатикоэнтероанастомоза не удалось. У 4-х пациентов выявлены признаки энтеропатии; по данным гистологического исследования: в 2-х случаях имелась целиакия; в 1-м - хронический энтерит, в 1-м – эозинофильный энтерит. Органических изменений тонкой кишки не выявлено у 7-ми пациентов: у 1-ой пациентки с подозрением на лучевой энтерит и задержкой эвакуации видеокапсулы более, чем на 8 дней; у 1 пациента с синдромом раздражённой кишки; у 2-х пациентов проведенная энтероилеоскопия позволила отвергнуть болезнь Крона; а у 3-х пациентов - новообразования тонкой кишки. Побочных эффектов и осложнений при выполнении энтероскопии не было.

**Заключение:** Опыт использования однобаллонного энтероскопа показывает, что труднодоступные ранее участки желудочно-кишечного тракта стали доступны для диагностики, взятия биопсии и проведения лечебной эндоскопии. Освоение метода однобаллонной энтероскопии позволит более широко использовать его в повседневной клинической практике, диагностировать заболевания тонкой кишки, в т.ч. с возможностью получения материала для морфологического исследования, расширить показания к малоинвазивным вмешательствам при «хирургических» заболеваниях тощей и подвздошной кишки, а в изменённых анатомических условиях на желчевыводящих путях и протоках поджелудочной железы.