Гастролапароскопические и колонолапароскопические исследования

Содержание

Вступление

1. Гастролапароскопия

2. Колонолапароскопия

Заключение

гастролапароскопия колонолапароскопия кишка болезнь

Вступление

- Развитие технической мысли и разработка современной эндоскопической аппаратуры и инструментария обеспечивает безопасность и высокую диагностическую эффективность гастроскопии, колоноскопии и лапароскопии. При этом следует учитывать, что каждый из этих методов позволяет произвести ревизию органов брюшной полости со стороны слизистой, либо серозной оболочки. Этим определяются пределы и возможности данных методов в диагностике различных заболеваний; даже при последовательном проведении различных эндоскопических исследований у больного в ряде случаев не всегда удается получить цельное представление о характере патологического процесса и его распространенности и точно определить целесообразность и объем необходимого оперативного вмешательства. Чаще это относится к диагностике ранних стадий злокачественных поражений желудка и кишечника, дифференциальной диагностике злокачественных и доброкачественных заболеваний и границ злокачественной инфильтрации органа.

- Кроме того, не следует забывать о чисто технических трудностях, которые возникают нередко при проведении эндоскопических исследований и прицельных биопсий. Например: преодоление во время колоноскопии некоторых изгибов толстой кишки и особенно биопсия их нелегки и порой практически невозможны. При выполнении сочетанных исследований эти трудности можно преодолеть, фиксируя кишку одним прибором; тем самым создаются благоприятные условия для проведения другого прибора. Надавливая на недоступный для биопсийных щипцов участок слизистой оболочки органа, выводят его в поле зрения и получают хорошую позицию для проведения биопсии. Таким образом, вряд ли можно оспаривать те большие диагностические перспективы, которые открываются при выполнении сочетанных гастролапароскопических и колонолапароскопических исследований.

- Опыт показывает, что внедрение в клиническую практику сочетанных эндоскопий препятствует определенный и вполне естественный психологический барьер о тяжести и непереносимости больными этих исследований. По-видимому, все эндоскописты переживут подобные состояния, овладевая сочетанными исследованиями, и даже приобретя опыт, будут с некоторой тревогой готовиться к ним и внимательно оценивать состояние больных перед проведением эндоскопий. Нужно отметить, что к первым исследованиям необходим тщательный подбор больных, ибо неудачи могут породить и укрепить негативное отношение к сочетанным эндоскопическим исследованиям.

- Как показали данные литературы, риск сочетанных эндоскопических исследований явно преувеличен. Они не столь тяжелы для больных, как это кажется на первый взгляд, несложны в организационном и техническом отношении и являются весьма эффективными в диагностическом плане. Все это позволяет надеяться, что сочетанные эндоскопические исследования займут достойное место в клиническом обследовании больных.

1. Гастролапароскопия

- Сочетанное гастролапароскопическое исследование расширяет диагностические возможности при ревизии желудка. *Во-первых*, благодаря пневмоперитонеуму и расправлению желудочной стенки воздухом изнутри увеличивается осматриваемая в лапароскоп поверхность желудка и становиться доступной осмотру и инструментальной "пальпации" значительная часть органов, включая абдоминальный отдел пищевода и начальная часть двенадцатиперстной кишки. *Во-вторых*, в условиях трансиллюминации подвергается исследованию вся толща стенки желудка и прилегающие к нему отделы пищевода и двенадцатиперстной кишки. *Просвечивая стенки органов то со стороны серозной, то со стороны слизистой оболочки, можно оценить структуру их сосудистой сети, получить объемные характеристики и выявить даже небольшую злокачественную и воспалительную инфильтрацию. Уплотнение желудочной стенки, ее затемнение, размытость контуров очага уплотнения и "обрыв" сосудов в этой зоне характерны для злокачественного процесса. Утолщение желудочной стенки, усиление сосудистого рисунка, а иногда пятнистость его, связанная с неравномерностью воспалительной реакции, отмечается при доброкачественной инфильтрации. Исследованию в условиях трансиллюминации могут быть подвергнуты лишь передняя стенка желудка с прилегающей к ней малой и большой кривизной, что ограничивает возможности метода.* *В-третьих*, при сочетанной гастролапароскопии благодаря координированным действиям врачей можно тщательно и прицельно исследовать все подозрительные и трудно доступные участки6 пищеводно-желудочный переход, проксимальный отдел и угол желудка. *В-четвертых* – расширяется и обогащается иллюстративный материал. На этом не ограничиваются возможности сочетанной гастролапароскопии. Она открывает более широкие перспективы для морфологических и функциональных исследований (взятие мазков для цитологического и гистохимического исследований, применение различных красителей и др.).

- Показания и противопоказания. Сочетанная гастролапароскопия показана всем больным с неясной клинико-рентгенологическим и эндоскопическим диагнозом. Основное значение этот метод исследования имеет в диагностике злокачественных поражений и в дифференциальной их диагностике с доброкачественными. Перед гастролапароскопией ставятся задачи по определению границ распространения опухолевого процесса в желудке и его стадии, выбору целесообразного оперативного доступа и объема операции.

- В отличие от самостоятельных эндоскопических исследований сочетанная гастролапароскопия связана с необходимостью определенных психологических и физических нагрузок на больного, поэтому их подбор должен проводиться очень тщательно. Отсутствие должной осторожности со стороны врачей может дискредитировать этот ценный метод исследования.

- Гастролапароскопия противопоказана лицам с дыхательной и сердечной недостаточностью, тяжелыми сопутствующими болезнями, выраженным спаечным процессом в верхнем этаже брюшной полости. Помимо этого, необходимо учитывать также противопоказания для каждого метода эндоскопического исследования.

- Подготовка больных к исследованию обычная. *Желательно сочетанную гастролапароскопию производить* под местной анестезией и лишь в крайних случаях под общим обезболиванием. При этом анестезию ротоглотки нужно делать до укладывания больного на операционный стол.

- Методика гастролапароскопии. Сочетанная гастролапароскопия всегда должна начинаться с лапароскопии. Для полноценного исследования пищевода, проксимального отдела и малой кривизны желудка часто "рабочая" длина лапаросокпа бывает недостаточной при его введении в нижних точках Калька. Дело в том, что расправленный воздухом желудок принимает выпуклую форму и указанные отделы либо становятся "слепыми " зонами для лапароскопа даже с боковой оптикой, либо световые лучи идут параллельно стенке и трансиллюминация оказывается некачественной. У большинства больных приходится "отдавливать" лапароскопом переднюю стенку желудка и таким образом ухудшать обзор в гастроскоп. Поэтому для введения лапароскопа предпочтительна верхняя левая тоска Калька.

- По окончанию ревизии органов брюшной полости с помощью лапароскопа в положение больного на спине или в неполном положении на левом боку вводят гастро- или дуоденоскоп. При появлении срыгивания во время нагнетания воздуха в желудок следует опускать головной конец стола или уменьшать пневмоперитонеум.

- Во время нагнетания воздуха в желудок начинается совместный его осмотр: через лапароскоп оценивают податливость стенок желудка и прилежащих органов, их форму и взаимосвязь, характер изменений серозного покрова; через гастроскоп определяют характер рельефа всей слизистой желудка, а затем прицельно в условиях трансиллюминации совместно осматривают подозрительные участки.

В норме при трансиллюминации стенка желудка хорошо просвечивается и представляется нежным розоватым фоном, на котором виден сосудистый рисунок. В области большой и малой кривизны они крупны и прямолинейны, имеют вид темных полос, а ближе к середине передней стенки выступают в виде тонких древовидных разветвлений или мелкопетлистой сети. При этом необходимо учитывать, что постоянно возникает необходимость в коррекции силы света и расстояния гастроскопа и лапароскопа от поверхности стенки желудка. Большую роль при этом играет инструментальная "пальпация" желудочной стенки с той и другой стороны.

Гастролапароскопия при злокачественных новообразованиях – осмотр слизистой оболочки и серозного покрова позволяет определить распространенность процесса в толще желудочной стенки, при трансиллюминации – опухолевую инфильтрацию на протяжении.

Осмотр через лапароскоп позволяет диагностировать прорастание опухолью всей толщи желудочной стенки. Серозный покров в области опухоли теряет блеск и белесовато-голубой цвет, становится тусклым, красноватым, с очагами петехиальных кровоизлияний, поверхность органа в зоне поражения делается неровной, несколько втянутой. При трансиллюминации нетрудно определить зону инфильтрации, она представляется в виде затемнения, не имеющего четких границ. Даже при четко очерченных опухолях и отсутствии указаний по данным гастрофиброскопии на злокачественную инфильтрацию имеется зона затемнения в желудочной стенке. При видимой злокачественной инфильтрации площадь последней превышает опухоли и распространяется от ее границ на 1-2 см и более. Интенсивность тени уменьшается к периферии. Границу инфильтрации можно четко наметить с помощью инструментальной "пальпации" через гастроскоп и лапароскоп. В связи со сказанным, вряд ли можно переоценить значение информации о распространенности злокачественного процесса в толще стенок желудка для выбора оперативного доступа и определения объема оперативного вмешательства, а также для выявления ближайших и отдаленных метастазов ( за исключением метастазов в парааортальные лимфатические узлы ). Немаловажное значение имеет гастролапароскопия и в сокращении предоперационного обследования больного. Наряду с указанными преимуществами следует учитывать, что при обнаружении запущенного злокачественного процесса можно дренировать брюшную полость и проводить химиотерапевтическое лечение, эффективность которого при внутрибрюшном введении препарата выше, чем при других способах парентерального их введения.

Полипы. При одиночных и множественных полипах желудка сочетанная гастролапароскопия позволяет эффективно дифференцировать их с полиповидным раком и исключить малигнизацию. Для полипов характерно отсутствие изменений серозного покрова; при трансиллюминации они дают круглую или овальную тень без зоны инфильтрации.

Язвы желудка. Необходимость в сочетанной гастролапароскопии возникает при хронических каллезных язвах, так как на основании данных гастроскопии не всегда удается определить истинный ее характер. Со стороны серозного покрова при язвах желудка может отмечаться чрезвычайное разнообразие эндоскопических признаков. Чаще отмечается сеть расширенных сосудов, вследствие чего создается впечатление гиперемии серозной оболочки, радиально расположенные беловатые лучистые рубцы, сращения с сальником. При трансиллюминации выявляется выраженная сосудистая сеть в проекции язвы и расширение сосудов по ее периферии. Тень язвы имеет четкие контуры с просветлением в центре. Весьма характерно, что на этом фоне четко видны темные тени от рубцов, плохо пропускающих свет. При язвах не определяется типичный для злокачественного процесса "обрыв" сосудов.

Гастриты. При различных видах гастритов, как правило, отсутствуют изменения со стороны серозного покрова желудка. Лишь при флегмонозно-язвенных формах(Болезнь Крона) обнаруживается выраженная гиперемия, расширение и усиление сосудистой сети. При трансиллюминации для атрофических гастритов характерно обеднение и истончение сосудистых теней, обусловленных сосудами серозной оболочки, а просвечиваемые поля имеют беловато-желтоватый цвет с островками затемнения неправильной формы в области сохранившейся слизистой оболочки. При поверхностных и гипертрофических гастритах, напротив, просвечиваемые участки желудочной стенки представляются более розовыми, чем в норме, с большим количеством сосудистых теней, причем интенсивность их равномерная.

При рубцовых изменениях слизистой оболочки желудка, вызванных ожогами, во время просвечивания его стенки четко видны контуры поражения: рубцовая ткань почти не пропускает световые лучи, при этом весьма своеобразен вид очаговых поражений – на розовом фоне выявляются темные участки разнообразной формы.

Следует подчеркнуть большую информативность сочетанного гастролапароскопического исследования и его диагностическую ценность. Реультаты сочетанных эндоскопических исследований совпали с операционными данными у 97,5% больных по данным Ю.М. Корнилова. Осложнения при этих исследованиях не носят специфического характера, возникают при лапароскопии и не превышают 3%.

2. Колонолапароскопия

- В отличие от самостоятельно проводимых колоноскопии и лапароскопии сочетанная колонолапароскопия еще более расширяет диагностические возможности при исследовании толстой кишки. Во-первых, удается избежать ряд технических трудностей, связанных с введением колоноскопа и прохождением сигмовидной кишки при выраженных петлеобразованиях ее, селезеночном и печеночном изгибах. С помощью лапароскопа удается обнаружить анатомические особенности толстой кишки и ее изменения, а при продвижении колоноскопа – корригировать различные технические приемы исследования и помогать осуществлять инструментальную "пальпацию". Все это облегчает проведение колоноскопии, способствует более быстрому достижению проксимального отдела толстой кишки. Сочетанные маневрирования колоноскопа и лапароскопа позволяет значительно повысить эффективность колоноскопии. Во-вторых, раздувание воздухом толстой кишки в условиях пневмоперитонеума значительно расширяет обозреваемую площадь серозного покрова и слизистой оболочки толстой кишки. В-третьих, существенно обогащают диагностическую информацию исследования толстой кишки в условиях трансиллюминации.

- Показания и противопоказания. Показаниями к проведению сочетанной колонолапароскопии являются:

- неэффективная колоноскопия и лапароскопия при подозрение на наличие патологических изменений в толстой кишке;

- неясные клинико-рентгенологические и эндоскопические заключения о характере заболевания толстой кишки; в этих случаях сочетанные исследования чаще применяются для дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных процессов;

- при злокачественных поражениях толстой кишки для установления распространенности процесса.

- Противопоказаниями к сочетанной колонолапароскопии являются те же причины, что и к отдельным видам этих эндоскопических исследований.

- Подготовка больных к исследованию не отличается от общепринятой для колоноскопии и лапароскопии. Анестезия лучше местная и лишь изредка следует прибегать к наркозу.

- Методика колонолапароскопии. Это сочетанное необходимо начинать с введения колоноскопа выше ректосигмоидного угла. Количество введенного воздуха в толстую кишку при этой процедуре небольшое, он не приводит к вздутию толстой кишки и не затрудняет пункцию брюшной полости для наложения пневмоперитонеума. Затем производят обработку передней брюшной стенки и обкладывание стерильным бельем. При дальнейшем исследовании больному придают вынужденное положение – ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах. Иглу для наложения пневмоперитонеума и троакар вводят через типичные точки передней брюшной стенки или в каждом конкретном случае выбирают индивидуально в зависимости от предполагаемой патологии. После наложения пневмоперитонеума в брюшную полость вводят троакар с лапароскопом. Во время лапароскопии оценивают изменения серозного покрова толстой кишки, намечают подозрительные участки, которые необходимо тщательно осмотреть со стороны слизистой оболочки, определяют патологию со стороны других органов брюшной полости.

- После диагностического осмотра органов брюшной полости с помощью лапароскопа продолжается введение колоноскопа. При этом хорошо видна картина изменяющейся толстой кишки при нагнетании в нее воздуха и введении эндоскопа. В условиях сочетанной колонолапароскопии нет необходимости в слишком энергичной подаче воздуха в толстую кишку, особенно при прохождении естественных анатомических изгибов. С помощью лапароскопа или какого-либо манипулятора колоноскоп легко смещается и ему придают нужное направление при продвижении. По мере продвижения колоноскопа поочередно производят осмотр слизистой и серозной оболочек кишки, подозрительные участки осматривают прицельно в условиях трансиллюминации.

- При сочетанной колонолапароскопии можно более эффективно использовать рабочую длину колоноскопа, ликвидируя деформацию толстой кишки и выпрямляя прибор. Это позволяет в случае необходимости ввести прибор в подвздошную кишку и произвести ее ревизию. Нет необходимости останавливаться на особенностях эндоскопических признаков болезней толстой кишки, определяемой при колонолапароскопии, так как они совпадают с теми, что и при гастролапароскопии.

Заключение

Таким образом, подобно гастролапароскопии, сочетанная колонолапароскопия является высокоэффективной в диагностике доброкачественных и злокачественных заболеваний толстой кишки и в их дифференциальной диагностике. При злокачественных поражениях она дает возможность определить стадию болезни и наметить объем оперативного вмешательства.