

**В развёрнутом анализе крови от 01.02.11г.** – Нв - 165г/л; Ht - 0,50; эритроциты - 4,8x10<sup>10</sup>/л; тромбоциты - 344x10<sup>10</sup>/л; лейкоциты - 20,5x10<sup>10</sup>/л; п - 6; с - 66; м - 5; л - 23; ретикулоциты - 30%, время свёртываемости – 3 мин.10сек.; длительность кровотечения - 30 сек

**Биохимический анализ крови от 01.02.11г.** – СРБ - отрицат.; ПТИ - 82%; Вi - 53,0 мкмоль/л, АЛТ- 0,41 ммоль/л; АСТ - 0,55ммоль/л; общий белок - 65г/л; мочевины - 4,9; креатинин - 76;

**Сахар крови** в пределах нормы. Бак. посевы отрицательные.

**В общем ан. мочи** без патологии.

**02.02.11г. ребёнок консультирован областным хирургом. Заключение:** МВПР. Клиновидные 5-6-7 грудные позвонки. Аплазия с 4-9 ребро слева. Релаксация купола диафрагмы. Диафрагмальная грыжа? Аплазия левого лёгкого. Рекомендовано рентгенконтрастирование желудочно-кишечного тракта 0,3,6 часов.

**07.02.11г. повторная консультация обл. хирургом.** Заключение: диафрагмальная грыжа и кишечная непроходимость исключены.

**Лечение:** тепловой режим; респираторная терапия (аппаратная ИВЛ); дренажная терапия; положение на левом боку; инфузионная терапия с учётом физиологической потребности жидкости и электролитов; парентеральное питание; седативная терапия; муколитики; антибактериальная терапия.

В динамике состояние стабильно тяжёлое за счёт ДН 1ст., врождённой патологии. Снижены параметры ИВЛ, на 4-е сутки ребёнок переведен на режим СРАР, компенсирует, самостоятельное дыхание регулярное, сатурацию удерживает в пределах 91-94%. На осмотр реагирует, сохраняется мышечная гипотония, гипорекфлексия. Кожные покровы субиктеричные на бледно-розовом фоне. Дыхание в лёгких аускультативно проводится справа, слева не выслушивается. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, перистальтика прослушивается. Стул отходит, мочится адекватно. С 04.02.11г. начато кормление, усваивает. На 5-е сутки экстубирована.

В дальнейшем ребёнок переводится в областной перинатальный центр, где была продолжена реабилитационная терапия. Выписана домой на 26 сутки.

УДК 616.341-072.1

## ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АДЕНОМЫ ЖЕЛУДКА И ТОНКОГО КИШЕЧНИКА

**В. В. Фогель, А. И. Тусупбаев, А. А. Галиакбарова**  
ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астана,  
ГККП «Городская больница №2» г. Астана.

*Широкое внедрение эндоскопической эксцизии крупных узловых аденом желудочно-кишечного тракта значительно расширяет возможности эндоскопической хирургии и позволяет проводить более рациональную лечебную тактику.*

### **Асқазан мен ішектің аденомасын эндоскопиялық емдеу**

*Асқазан-ішек жолының үлкен түйінді аденомасының эндоскопиялық эксцизиясын кеңінен енгізу эндоскопиялық хирургияның мүмкіндігін арттырады және рационалды емдеу тәсілін қолдануға мүмкіндік береді.*

### **Endoscopic treatment of an adenoma of a stomach and intestine.**

*Wide introduction of endoscopic excision of large nodular adenomas of a gastrointestinal tract considerably expands possibilities of endoscopic surgery and allows to use more rational medical tactics.*

Частота локализации аденом в различных отделах желудочно-кишечного тракта не одинаково, наиболее часто они локализируются в желудке, затем в прямой и ободочной кишках, реже в пищеводе, двенадцатиперстной и тонкой кишке. Применение эндоскопических методов исследования наряду с рентгеноконтрастными и клинико-лабораторными методами значительно расширило диагностические возможности и позволяет проводить более рациональную лечебную тактику. Достаточно часто опухоль диагностируется при развитии кишечной непроходимости, однако даже при наличии экзопитной опухоли больших размеров нарушение пассажа может длительно не возникать в силу большой растяжимости кишечной стенки. Кишечная непроходимость развивается в 13% случаев, обычно на поздних стадиях заболевания [1,2,3,4].

Целью настоящего сообщения является изложение редких случаев аденом желудочно-кишечного тракта из клинической практики.

Случай №1 из практики: Больная М., 27 лет, поступила в хирургическое отделение «Городская больница №2, г. Астаны 11 февраля 2011 года с диагнозом: Острая кишечная непроходимость. Жалобы на тошноту, многократную рвоту, боли в животе схваткообразного характера. Из анамнеза: отмечает слабость, бледность

кожных покровов, ранее не обследована. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины нет. Гемоглобин 68 г/л. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости чаши Клойбера нет. При УЗИ брюшной полости признаков нарушения кишечной проходимости у пациента не выявлены. На ФГДС обнаружены три аденомы желудка на ножке, один из которых закрыл выходной отдел желудка и вызвал клинику непроходимости. Все три аденомы удалены эндоскопическим путем. При эндоскопическом удалении аденом использовали метод петлевой электроэксцизии. Проведен тщательный контроль на гемостаз, кровотечений не было. Оперативное лечение не потребовалось. Больная в удовлетворительном состоянии выписана из стационара на 8 сутки. В течение 6 месяцев наблюдения больная жалоб не предъявляла.

Случай №2 из практики: Больной Ш., 16 лет, поступил в хирургическое отделение «Городская больница №1, г. Астаны 20 марта 2010 года с диагнозом: Острая кишечная непроходимость. Жалобы на тошноту, многократную рвоту, вздутие живота, боли в животе схваткообразного характера, неотхождение стула и газов. Из анамнеза: последнее время резко похудел, отмечает слабость, бледность кожных покровов, ранее не обследован.

довался. Живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины сомнительные. Ректально кал обычного цвета. Гемоглобин 72 г/л. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости имеются множественные чаши Клойбера. При УЗИ брюшной полости патологии не выявлены. Учитывая анемию, бледность кожных покровов, слабость, для исключения желудочного кровотечения назначено ФГДС. На ФГДС обнаружена аденома желудка на ножке, размерами 3х3 см. в области тела желудка и не явилась причиной непроходимости. Желудочное кровотечение исключено. Но больной оперирован по поводу острой кишечной непроходимости.

Название операции: Лапаротомия. Резекция участка тонкой кишки с наложением двухствольной еюностомы. Санация, дренирование брюшной полости.

Описание операции: После обработки операционного поля в условиях интубационного наркоза произведено на средне-срединная лапаротомия. При этом обнаружено высокая кишечная непроходимость на расстоянии 90 см. от связки Трейца. Причиной непроходимости явилась инвагинация тощей кишки. Инвагинат и приводящий отдел тощей кишки темно-багрового цвета, отечный, расправить инвагинат не удалось. Произведена резекция участка тощей кишки с наложением двухствольной еюностомы. Причиной инвагинации явилась аденома тощей кишки на ножке. Врачи эндоскописты приглашены в операционную в связи с обнаружением множественных аденом приводящей и отводящих отделов тощей кишки. Все аденомы (6 образований на ножке) удалены эндоскопически в пределах возможной видимости. При эндоскопическом удалении аденом использовали метод петлевой электроэксцизии. Проведен тщательный контроль на гемостаз, кровотечений не было. При дальнейшей ревизии пальпаторно хирурги

обнаружили аденомы подвздошной кишки (2 образования на ножке), над которыми проводили энтеротомии, удаление аденом, раны подвздошной кишки ушиты. На 15 сутки после операции, учитывая высокую стому, больному произведено операция снятия стомы с наложением анастомоза «бок в бок». На 30-ые сутки больному проведено эндоскопическое удаление аденомы желудка на ножке методом петлевой электроэксцизии. Больной выписан в удовлетворительном состоянии из стационара на 42 сутки после операции. В течение 12 месяцев наблюдения большой жалоб не предъявлял.

Наши результаты применения эндоскопической эксцизии крупных узловых аденом желудочно-кишечного тракта показывает, что в первом случае удалось предотвратить экстренное оперативное вмешательство, во втором случае наша активная тактика эндоскопической эксцизии аденом наравне с хирургами привело к выздоровлению тяжелого больного.

Таким образом, широкое внедрение эндоскопической эксцизии крупных узловых аденом желудочно-кишечного тракта значительно расширяет возможности эндоскопической хирургии, позволяет проводить более рациональную лечебную тактику.

#### Литература:

1. Яицкий Я.Л., Сбдов В.М. Опухоли кишечника. Монография. – Санкт-Петербург. «АНТ-М», 1995.- 376 с.
2. Парфенов А.И. Энтерология. Мед. информ. агентство. М., 2009.
3. Астахов Г.И., Баянов Н.И., Демин В.И., Николаевский О.Ю. Редкая причина острой кишечной непроходимости Хирургия, 1998.- №12.-С.56.
4. Маев И.В., Добрусин В.В., Дичева Д.Т. и др. Капсульная эндоскопия. Медицинский вестник МВД. М., 2003.

УДК 616.33-002.44-07/08+616.342-002-07/08

### ФГДС В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

В. В. Фогель, А. И. Тусупбаев, А. А. Галиакбарова  
ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астана,  
ГККП «Городская больница №2» г. Астана.

*Ведущая роль ФГДС в своевременной диагностике перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки бесспорна. ФГДС позволяет уточнить диагноз, определить точную локализацию, размеры, характер язвы и наличие осложнений патологического процесса, что позволяет выбрать своевременную радикальную тактику оперативного лечения и снизить осложнения и летальность.*

#### **Асқазан мен он екі елі ішек жарасының перфорациясының диагностикасындағы ФГДС ролі**

*Асқазан мен он екі елі ішек жарасының перфорациясының диагностикасындағы ФГДС ролінің маңыздылығына күмән жоқ.*

*ФГДС диагнозды анықтауға, жараның орналасуын, көлемін, жара сипатын, асқынуларын дәл анықтауға, сол себепті оперативті емнің радикалды тактикасын дер кезінде қолдануға, асқынулар мен летальды көрсеткішті төмендетуге мүмкіндік туғызады.*

#### **Endoscopy in diagnostics of perforative ulcers of stomach and a duodenum.**

*Leading role in diagnostics of perforative ulcers of stomach and a duodenum is indisputable. Endoscopy allows to specify the diagnosis, to define exact localization, the sizes, character of the ulcer and presence of complications of pathological process that allows to choose timely radical tactics of operative treatment and to decrease complications and lethality.*

Прободение язвы является тяжелым осложнением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и по-прежнему остается одной из основных причин летальных исходов. По литературным данным частота перфорации гастродуоденальных язв составляет 5-30%. В некоторых случаях прободные язвы желудка и

двенадцатиперстной кишки могут представлять значительные трудности для диагностики, что соответственно этим больным проводится экстренная операция не своевременно и зачастую приводит к летальному исходу. ФГДС позволяет уточнить диагноз, определить точ-