

РОССИЙСКОЕ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО



актуальные вопросы
ЭНДОСКОПИИ
Санкт-Петербург

11 Всероссийская научно-практическая конференция

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭНДОСКОПИИ

17-18
СЕНТЯБРЯ
2020

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
ONLINE

СБОРНИК
МАТЕРИАЛОВ
КОНФЕРЕНЦИИ

RUSENDO.RU

#эндоскопия ❤️



ЗА ГРАНЬЮ ВОООБРАЖЕНИЯ

Olympus открывает новые горизонты в эндоцитоскопии:

- До 520x раз увеличение с эндоцитоскопами GIF-H290EC и CF-H290EC1
- Оптический NBI* для контрастирование капиллярного рисунка. Доступен одновременный осмотр в NBI и с увеличением до 520 раз
- Осмотр микроскопического рисунка клеток и ядер in vivo**

ООО «Олимпас Москва»

107023, г. Москва, ул. Электровзаводская, д.27, стр. 8 | Тел.: +7 (495) 926-70-77 | www.olympus.com.ru



ПРИ ПОДДЕРЖКЕ И УЧАСТИИ



Министерство здравоохранения
Российской Федерации



Комитет по здравоохранению
Санкт-Петербурга



Российское Общество Хирургов



Эндоскопическая секция
хирургического общества Пирогова,
Санкт-Петербург



Клиника высоких медицинских
технологий им. Н.И. Пирогова,
Санкт-Петербург



Городская Мариинская больница,
Санкт-Петербург



Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский
университет им. акад. И.П. Павлова,
Санкт-Петербург



Национальный Медицинский
Исследовательский Центр
им. В. А. Алмазова,
Санкт-Петербург



ФГБУ «Санкт-Петербургский
научно-исследовательский институт
физиопульмонологии» Министерства
Здравоохранения РФ, Санкт-Петербург



Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии
им. А.В. Вишневского, Москва



Санкт-Петербургский
государственный педиатрический
медицинский университет,
Санкт-Петербург



СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург



ФГБУ «Государственный научный
центр лазерной медицины
им. О.К. Скобелкина ФМБА России»,
Москва



Московский клинический научный
центр им. А.С. Логинова, Москва



НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова,
Санкт-Петербург



Федеральный научно-клинический
центр ФМБА России, Москва



Челябинский областной
клинический центр онкологии
и ядерной медицины, Челябинск



Ярославская областная клиническая
онкологическая больница, Ярославль

ПРОГРАММНЫЙ КОМИТЕТ



Российское эндоскопическое общество
+7 (812) 635 65 64
endo@rusendo.ru | www.endoscopia.ru

ОРГАНИЗАТОР



ООО «Центр Деловых контактов
и сотрудничества»
+7 (812) 635-70-15/16
info@cdkscenter.ru | www.cdkscenter.ru

**РОССИЙСКОЕ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО**



Российское Эндоскопическое Общество

www.endoscopia.ru

**Все новости и события жизни
эндоскопической общественности, справочные
и методические материалы по эндоскопии**

**По вопросам членства в РЭндО:
Тел.: (812) 635 65 64
endo@rusendo.ru**



УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ И ДРУЗЬЯ!

Рад приветствовать всех эндоскопистов, хирургов, онкологов, гастроэнтерологов на конференции «Актуальные вопросы эндоскопии»-2020.

В этом году мы столкнулись с пандемией, с новой инфекцией COVID-19. Коронавирус охватил всю нашу планету. Жизнь людей изменилась. Сложившиеся условия не позволяют провести мероприятия в традиционном формате, и наша конференция сегодня проходит онлайн.

Прежде всего, мне хочется поблагодарить всех врачей, сестер и младший персонал эндоскопии за Ваш самоотверженный труд в условиях эпидемии. Эпидемия показала, что эндоскопия сегодня в нашей стране находится на хорошем уровне, и это благодаря Вам. Огромное количество пациентов благодаря Вам поправились.

К сожалению, среди нашего общества были коллеги, которые заболели на своем рабочем месте. Я восхищен их мужеством, преданностью своему врачебному долгу и эндоскопии. Огромное Вам, дорогие коллеги, спасибо за Ваш труд.

Многие ведущие специалисты-эндоскописты страны и члены правления нашего общества совместно с учеными МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского принимали участие в разработке практических рекомендаций для эндоскопии по работе в условиях эпидемии. Это способствовало улучшению работы и принесло очень хороший результат.

Необходимо отметить, что в очень сложных условиях эпидемии эндоскопия активно жила. Многие ведущие специалисты-эндоскописты совместно с нашими фирмами партнерами (Olympus, PENTAX Medical, «Эндо Старс», «Р-Фарм», MTW-Endoskopie и др.) постоянно проводили вебинары и онлайн-семинары, что имеет огромное значение. Вы все показали, что эндоскопия прогрессирует, активно развивается.

На конференции 17-18 сентября мы подведем итоги работы эндоскопии в условиях эпидемии. Разберем сложные вопросы нежелательных явлений в эндоскопии. Проведем подробную сессию по бронхоскопии, а также семинар для эндоскопических сестер.

Большую работу по подготовке конференции проделали наши партнеры ООО «ЦДКиС» и компания Media Arena. Огромное спасибо всем фирмам, которые в очень тяжелых условиях эпидемии поддерживали нас, врачей-эндоскопистов.

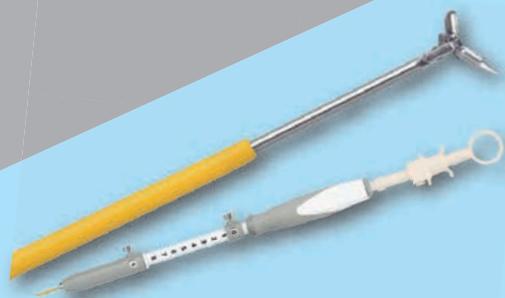
И, конечно, с большим нетерпением и надеждой мы ждем март 2021 года, чтобы встретиться друзьями-эндоскопистами очно. Ведь основная идея нашей конференции — это объединить эндоскопистов, внедрить новые технологии в нашу медицину на благо наших пациентов. Я очень надеюсь увидеть Вас здоровыми, красивыми, достойными в марте следующего года на нашей традиционной конференции «Актуальные вопросы эндоскопии» в Санкт-Петербурге.

*Председатель Российского эндоскопического общества
д.м.н., профессор М.П. Королев*



Щипцы биопсийные "MICRO BITES"

Разработаны для взятия гистологической пробы через просвет иглы для ЭндоУЗИ (19G)



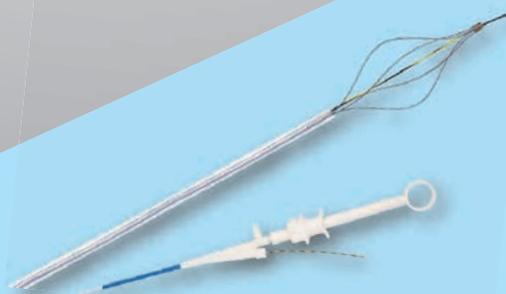
Щипцы для пункционной биопсии

овальные чашечки с выступающей иглой для взятия пункционной пробы под контролем ЭндоУЗИ



Ирригатор эндоскопический Clean-o-Max 3

- используется для отмыwania сгустков, кровотечений, загрязнений в ЖКТ
- высокая мощность подачи воды до 2-х л/мин.
- возможно использование одновременно с введенным в канал инструментом



Корзина Power Catch

- ультрапрочная нитиноловая корзина с памятью формы
- пригодна для литотрипсии
- для дробления камней повышенной жесткости
- с каналом под проводник

Подробный каталог с возможностью предзаказа на сайте www.mtw-endoskopie.ru

СОДЕРЖАНИЕ

Бронхоскопия	17
Пищевод	63
Желудок	123
Панкреато-билиарная эндоскопия	157
Толстая и тонкая кишка	217
Детская эндоскопия	279
Сестринская секция	301
Организационные вопросы	315

Генеральные спонсоры

OLYMPUS

Р-ФАРМ
Инновационные
технологии
здоровья

FUJIFILM

PENTAX
MEDICAL

EndoStars
...all you need for endoscopy!

Takeda

Спонсоры

erbe

SonoScape
видеоэндоскопические системы

MTW
Endoskopie Manufaktur

Спонсоры сестринской сессии

FERRING
PHARMACEUTICALS

фармстеп

ВСЕ СТАТЬИ

БРОНХОСКОПИЯ.....17

Первый опыт эндоскопической
внутрипросветной фотодинамической терапии
у больных неоперабельным раком органов
желудочно-кишечного тракта
и трахео-бронхиальной системы
*Аванесян А. А., Аккалаева А. Э., Клименко В. В.,
Богданов А. А.*..... 19

Эндоскопическая трансбронхиальная
криобиопсия в диагностике
диссеминированных заболеваний легких
*Беляев Г. С., Маменко И. С., Васильев И. В.,
Гасанмагомедов С. М., Табанакова И. А., Яблонский П. К.*.... 20

Осложнения, связанные с проведением
внутрипросветных эндоскопических
вмешательств при диагностике и лечении
бронхолегочной аспирации
Введенский В. П...... 21

Лапароскопическая илео-цекальная резекция
при болезни Крона у пациентов после
повторных вмешательств на брюшной полости
*Данилов М. А., Леонтьев А. Б., Абдулатипова З. М.,
Байчоров А. Б., Саакян Г. Г., Стрельцов Ю. А.,
Долгопятов И. А., Николаева А. О.*..... 23

Результаты использования клапанной
бронхоблокации у пациентов с буллезной
эмфиземой легких, осложненной пневмотораксом
*Дробязгин Е. А., Чикинев Ю. В., Судовых И. Е.,
Аникина М. С., Архипов Д. А.*..... 24

Эндоскопические методики диагностики
и лечения рубцовых стенозов трахеи
(ошибки и осложнения)
*Дробязгин Е. А., Чикинев Ю. В., Судовых И. Е.,
Аникина М. С., Архипов Д. А.*..... 26

Применение ультразвуковой бронхоскопии
с использованием радиальных минизондов
при подозрении на метастатическое
поражение легкого
*Зуйков К. С., Важенин А. В., Кулаев К. И., Юсупов И. М.,
Пушкарев Е. А., Попова И. А.*..... 30

Многолетний опыт применения
эндоскопического ультразвука периферических
новообразований лёгких(EBUS)
*Кулаев К. И., Важенин А. В., Зуйков К. С., И. М. Юсупов И. М.,
Попова И. А., Пушкарев Е. А.*..... 33

Баллонная дилатация при лечении стеноза
bronха у пациента после трансплантации
легких. Клинический случай
Конакбаева Н. К...... 35

Тонкоигольная пункция лимфатических
узлов средостения при раке легкого: анализ
результатов в зависимости от размеров очага
Малихова О. А., Черкес Л. В., Юричев И. Н., Савосин Р. С. ... 37

Зондовая конфокальная лазерная эндомикро-
скопия при редких заболеваниях легких
*Маменко И. С., Васильев И. В., Табанакова И. А.,
Гасанмагомедов С. М., Беляев Г. С., Яблонский П. К.*..... 39

Эндоскопические технологии в этапной
реабилитации больных с инсультом
Новикова Н. В., Новиков В. Н...... 42

Оптимизация формирования групп риска
развития ранних форм рака легкого
*Омарова Х. З., Курбанова З. В., Дибирова З. М.,
Далгатов Г. М., Исрапилов М. М., Курбанисмаилова М. Г.,
Багаудинова С. Г.*..... 45

Клинико-бронхологическая диагностика
опухолеподобных (псевдоопухолевых)
образований трахеи и бронхов
*Паламарчук Г. Ф., Герасин А. В., Деревянко А. В.,
Сайденова М. С., Нагорная О. А., Судомоин Д. С.*..... 46

Редко встречающиеся заболевания —
гранулематоз с полиангиитом (болезнь
Вегенера), проявления в трахее и бронхах.
Клинический случай
Попова Е. А., Тинькова В. В., Лехляйдер М. В...... 48

Модифицированная методика биопсии при
ультразвуковой бронхоскопии с эндосонографи-
ческим контролем положения эндоскопического
инструмента в патологическом очаге. Результаты 1
этапа клинического исследования
*Пушкарев Е. А., Важенин А. В., Кулаев К. И., Зуйков К. С.,
Юсупов И. М., Попова И. А., Кулаев А. И.*..... 51

Бронхогенные кисты пищевода. Два случая
диагностики и эндоскопического лечения
Судовых И. Е., Дробязгин Е. А., Чикинев Ю. В...... 53

Возможности эндоскопии в диагностике
и лечении больных с метастатическим
поражением трахеи и бронхов
*Телегина Л. В., Пирогов С. С., Водолеев А. С., Николаев А. Л.,
Беляева Т. В., Сухин Д. Г., Карпова Е. С., Погорелов Н. Н.*..... 54

Эндоскопические методы в лечении больных с рубцовыми и смешанными стенозами трахеи и бронхов после хирургического или комбинированного лечения <i>Телегина Л. В., Пирогов С. С., Водолеев А. С., Николаев А. Л., Беляева Т. В., Сухин Д. Г., Карпова Е. С., Погорелов Н. Н.</i>	56	Случай успешного лечения некроза стенки пищевода и пищеводно-плеврального свища, вызванного спонтанной подслизистой гематомой пищевода, методом внутрисветового вакуумного дренирования <i>Гладышев Д. В., Врублевский Н. М., Свитич В. Ю., Болдырева Е. В., Трусов И. А., Эфендиев А. О., Рыженкова И. С.</i>	74
Проведение бронхоскопии ВИЧ-инфицированным пациентам в пульмонологической практике <i>Штейнер М. Л.</i>	58	Редкое осложнение лигирования варикозно-расширенных вен пищевода. Клинический случай <i>Дашацыренова Д. Б., Голышева И. А., Гаврилова А. К., Султумов Т. В.</i>	76
Комплексное лечение местнораспространенного немелкоклеточного рака легкого с применением методов эндоскопической реканализации. Клинический случай <i>Юсупов И. М., Важенин А. В., Кулаев К. И., Зуйков К. С., Пушкарев Е. А.</i>	61	Опыт применения эндоскопической вакуум-аспирационной терапии в РКБ им. Н.А. Семашко <i>Гаврилова А. К., Ринчинов В. Б., Дондупов А. С., Твердохлебов П. О.</i>	78
ПИЩЕВОД.....	63	Эндоскопическое лечение свищей пищевода. Первые результаты <i>Жданов А. В., Корымасов Е. А., Беньян А. С., Цветков Б. Ю., Решетов А. П. З.</i>	80
Диагностика пищевода барретта с помощью конфокальной лазерной эндомикроскопии <i>Борсук А. Д., Дриго С. А., Побединский А. А.</i>	65	Эозинофильный эзофагит: клинический случай тяжелого течения с поздней диагностикой <i>Кайбышева В. О., Пирогов С. С., Федоров Е. Д., Шаповальянц С. Г.</i>	82
Опыт применения вакуумно-аспирационной системы при перфорациях пищевода и несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза <i>Буторин Н. Н., Блохин А. А., Резникова О. С., Ельцов О. Т., Рязанцев А. В.</i>	66	Осложнения после лапароскопической фундопликации по Ниссену <i>Королёв М. П., Габдрахманова Л. А.</i>	85
Эндоскопическая баллонная дилатация у пациентов с постлучевыми стриктурами пищевода, а также пострезекционными стриктурами пищевода, пищеводно-кишечными анастомозами <i>Верходлиб Ю. В.</i>	68	Клиническая симптоматика и выбор метода лечения больных дивертикулумом Ценкера <i>Королёв М. П., Федотов Л. Е., Климов А. В., Оглоблин А. Л., Антипова М. В., Донияров Ш. Д., Алирзаев Р. С., Тимбакова Л. Р., Атаян А. Г.</i>	88
Оперативная эндоскопия в лечении варикозно-расширенных вен пищевода. Опыт 1000+ лигирований <i>Габриэль С. А., Дынько В. Ю., Гучетль А. Я., Тлехурай Р. М., Беспечный М. В.</i>	70	Выбор способа лечения при неудовлетворительных результатах кардиодилатации у больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии <i>Лигай Р. Е., Цой А. О., Бекчанов Х. Н., Бабажанов К. Б., Абдукаримов А. С., Фарманова Г. У.</i>	89
Комбинированный метод лечения хирургического дефекта средней трети пищевода <i>Гасанмагомедов С. М., Нефёдов А. О., Табанакова И. А., Козак А. Р., Маменко И. С., Беляев Г. С., Мортада М. М., Яблонский П. К.</i>	71	Заккрытие дефектов зоны эзофагогастроанастомозов и стенки толстой кишки. Ovesco <i>Лозовая В. В., Карасев И. А., Верещак В. В., Малихова О. А., Поддубный Б. К., Малихов А. Г.</i>	90
Эндоскопическое лечение глоточно-пищеводных дивертикулов <i>Гасанов А. М., Даниелян Ш. Н., Тарабрин Е. А., Татаринова Е. В., Квардакова О. В., Рабаданов К. М., Гайдарбегова Х. К.</i>	73	Рубцовые послеожоговые сужения и пептические стриктуры пищевода: концепция безопасности для профилактики нежелательных явлений при эндоскопической диагностике и лечении <i>Мяукина Л. М., Пиханов Р. В., Филин А. А.</i>	92

Опыт паллиативного лечения неоперабельных стадий рака пищевода, кардиоэзофагеальной зоны и рецидиве рака желудка <i>Низамходжаев З. М., Джуманиязов Ж. А., Лигаи Р. Е., Нигматуллин Э. И., Омонов Р. Р.</i>	95	Миниинвазивные технологии в паллиативном лечении нерезектабельных стадий кардиоэзофагеального рака <i>Струссский Л. П., Джуманиязов Ж. А., Лигаи Р. Е., Омонов Р. Р., Нигматуллин Э. И.</i>	111
Результаты стентирования у больных с доброкачественными и злокачественными стенозами пищевода и кардиоэзофагеальной зоны, эзофаго-респираторными свищами <i>Низамходжаев З. М., Джуманиязов Ж. А., Лигаи Р. Е., Нигматуллин Э. И., Цой А. О., Абдукаримов А. Д.</i>	96	Возможности эндоскопических методов в лечении нерезектабельных стадий рака пищевода <i>Струссский Л. П., Низамходжаев З. М., Джуманиязов Ж. А., Лигаи Р. Е., Цой А. О., Нигматуллин Э. И.</i>	112
Причины неудовлетворительных результатов бужирования по струне у больных с рубцовыми стриктурами пищевода <i>Низамходжаев З. М., Лигаи Р. Е., Хаджибаев Ж. А., Шагазатов Д. Б., Цой А. О.</i>	97	Эндоскопическое бужирование сменными оливами в лечении постожоговых рубцовых стриктур пищевода <i>Струссский Л. П., Низамходжаев З. М., Шагазатов Д. Б., Хусанов А. М., Хаджибаев Ж. А.</i>	113
Результаты кардиодилатации у больных с запущенными стадиями кардиоспазма и ахалазии кардии <i>Низамходжаев З. М., Лигаи Р. Е., Цой А. О., Бекчанов Х. Н., Нигматуллин Э. И., Бабажанов К. Б., Абдукаримов А. Д., Фарманова Г. У.</i>	98	Пероральная эндоскопическая миотомия при ахалазии пищевода: нежелательные последствия инфляции газа <i>Судовых И. Е., Дробязгин Е. А., Чикинев Ю. В.</i>	114
Анализ характера осложнений кардиодилатации у больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии <i>Низамходжаев З. М., Лигаи Р. Е., Цой А. О., Хаджибаев Ж. А., Бабажанов К. Б., Абдукаримов А. Д., Фарманова Г. У.</i>	99	Эндоскопическая и морфологическая верификация – подход к профилактике <i>Helicobacter pylori</i> при гастрите культуры желудка <i>Толкачев К. С., Кузнецов С. М., Дубовский А. В.</i>	115
Анализ причин неудовлетворительных результатов кардиодилатации у больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии <i>Низамходжаев З. М., Лигаи Р. Е., Цой А. О., Хаджибаев Ж. А., Нигматуллин Э. И., Бекчанов Х. Н., Абдукаримов А. Д., Фарманова Г. У.</i>	100	Эндоскопическое лечение варикозного расширения вен пищевода у пациентов с циррозом печени <i>Фролов П. А., Чуркин М. В., Зеленина П. В.</i>	117
Аутоиммунные заболевания, приводящие к развитию стриктуры пищевода <i>Оглоблин А. Л., Федотов Л. Е., Спесивцев Ю. А., Бечвая Л. Д., Синявская О. Л., Лучинина Д. В.</i>	101	Плоский лишай пищевода. Клинический случай <i>Хихлова А. О., Олевская Е. Р., Науменко О. В.</i>	118
Эндоскопическая диагностика и лечение раннего рака пищевода Барретта: опыт экспертного центра <i>Пирогов С. С., Водолеев А. С., Перфильев И. Б., СухинД. Г., Хомяков В. М., Рябов А. Б., Карпова Е. С., Телегина Л. В., Веселов В. В., Беляков М. М., Беляева Т. В., Погорелов Н. Н., Николаев А. Л.</i>	104	Первый опыт применения системы BARRX при пищеводе Барретта в СПбГБУЗ «Городская больница № 40» <i>Щербак С. Г., Гладышев Д. В., Коваленко С. А., Эфендиев А. О., Рыженкова И. С., Болдырева Е. В., Трусов И. А., Андреева Е. И., Лоханова М. А.</i>	120
Случай бессимптомного течения эозинофильного эзофагита <i>Попова М. А., Мерзляков М. В., Хапаева Т. Н., Малиновский А. С.</i>	107	ЖЕЛУДОК	123
Применение эндоскопической вакуумной терапии в лечении эзофагоплевральных свищей <i>Русанов Д. С., Антипова М. В., Павелец К. В., Карпова Р. А., Гасанмагомедов С. М., Синявская О. Л.</i>	109	Факторы риска развития кровотечения у пациентов после эндоскопических резецирующих вмешательств на желудке <i>Бордииков М. В., Плахов Р. В., Горбачев Е. В., Житарева И. В., Федоров Е. Д.</i>	125
		Возможности различных вариантов тракции опухоли при эндоскопической резекции слизистой оболочки с диссекцией в подслизистом слое (ESD) <i>Вербовский А. Н., Пирогов С. С., Якимчук Р. И., Балалыкин А. С.</i>	128

Инновационный метод эндоскопического удаления нейроэндокринной опухоли луковицы двенадцатиперстной кишки. Клиническое наблюдение <i>Вербовский А.Н., Пирогов С.С., Конашенков И.П., Перфильев И.Б., Хомяков В.М., Балалыкин А.С.</i>	131	Эндоскопический и эндоваскулярный гемостаз в лечении рефрактерных язвенных гастродуоденальных кровотечений 154 <i>Щёголев А.А.¹, Вакурова Е.С.², Матушкова О.С.², Павлычев А.В.¹</i>	154
<i>1 РНИМУ им. Н.И. Пирогова</i>	154	<i>2 ГБУЗ ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ</i>	154
Ятрогенное инородное тело желудка. Клинический случай <i>Дубовский А.В., Храпцов Е.В., Кузнецов С.М.</i>	134	ПАНКРЕАТО-БИЛЛИАРНАЯ ЭНДСКОПИЯ157	
Мукормикоз желудка <i>Захаров И.В., Подлипаева С.Г., Шубина Т.С.</i>	136	Ранние осложнения эндобилиарных операций. Методы профилактики и лечения <i>Аванесян Р.Г., Королев М.П., Федотов Л.Е., Плетнев М.Ю., Сабри С.Н.</i>	159
Опыт применения эндоскопических резекций как радикального метода лечения раннего рака желудка <i>Зуйков К.С., Важенин А.В., Кулаев К.И., Юсупов И.М.</i>	137	Первый опыт внутривидеотерапии опухоли фотодинамической терапии опухоли Клацкина с использованием цифрового видеохоледоскопа SpyGlass™ DS <i>Артемкин Э.Н., Соколов А.А., Соколов Д.В., Тычинская К.С., Рядинская И.А., Кельзин А.И.</i>	163
Эндоскопическая полнослойная резекция новообразований ЖКТ: целесообразность и безопасность –одноцентровой опыт <i>Кирюхин А.П., Павлов П.В., Федоренко А.А., Руденко И.Э.</i>	139	Пути повышения качества ЭПСТ <i>Ахунбаев С.М., Узиков О.Ж.</i>	165
Клинико-эндоскопическая характеристика НПВП-гастропатий у больных с ишемической болезнью сердца <i>Кодиров Ш.С.</i>	141	Осложнения при ЭРПХГ и ПСТ <i>Брегель А.И., Евтушенко В.В., Гавриленко А.А., Мутин Н.А.</i>	167
Современные возможности лечения локорегионарного рака желудка, осложненного рецидивным кровотечением, в условиях монопрофильного стационара. Клинический случай <i>Коржева И.Ю., Нечипай А.М., Греков Дм.Н., Цуркан В.А., Гугнин А.В.</i>	143	Место баллонной дилатации области эндоскопической папиллосфинктеротомии механической внутривидеотерапии литотрипсии в эндоскопическом лечении пациентов со «сложным» холедохолитиазом <i>Будзинский С.А., Шаповальянц С.Г., Федоров Е.Д., Захарова М.А., Платонова Е.Н.</i>	169
Первичные Неходжкинские лимфомы ЖКТ <i>Лозовая В.В., Малихова О.А., Поддубный Б.К.</i>	145	Мультицентровая оценка первого опыта применения цифровой пероральной холангиопанкреатикоскопии в диагностике и лечении патологии желчных и панкреатических протоков <i>Будзинский С.А., Быков М.И., Габриэль С.А., Трусов И.А., Гладышев Д.В., Гучетль А.Я., Таран А.А., Федоров Е.Д., Шаповальянц С.Г.</i>	172
Нейроэндокринные опухоли двенадцатиперстной кишки: возможности современной эндоскопической диагностики и лечения <i>Перфильев И.Б., Пирогов С.С., Водолеев А.С., Хомяков В.М., Сухин Д.Г., Карпова Е.С., Телегина Л.В., Веселов В.В., Беляков М.М., Беляева Т.В., Погорелов Н.Н., Николаев А.Л., Рябов А.Б.</i>	147	Современные подходы к лечению Осложнений эндоскопических транспапиллярных вмешательств <i>Будзинский С.А., Шаповальянц С.Г., Федоров Е.Д., Чернякевич П.Л., Воробьева Е.А.</i>	175
Первичная MALT-лимфома желудка: обзор литературы и описание клинического случая <i>Ушаева Л.А., к. м.н.; Кравчук А.В.</i>	149	Билиарная эндоскопия и разновидности литотрипсии билиарных конкрементов <i>Габриэль С.А., Дынько В.Ю., Гучетль А.Я., Мамишев А.К., Тлехурай Р.М.</i>	178
Кровотечение из варикозно-расширенных вен двенадцатиперстной кишки. Клинический случай <i>Шестак И.С., Леонтьев А.С., Короткевич А.Г., Савостьянов И.В., Май С.А.</i>	151		

Осложнения при эндоскопических ретроградных транспапиллярных вмешательствах собственный опыт <i>Денисова А. Б., Жегалов П. С., Самойленко А. В., Мелкомуков В. А., Антипенко Н. Е., Гомбоев Б. Г., Попов П. Л., Мислимова А. М.</i>	179	Возможности применения экстракционных баллонных катетеров в эндоскопической билиарной хирургии <i>Котовский А. Е., Магомедова Б. М., Глебов К. Г., Мартынцов А. А., Махмудова А. К., Першин В. В., Милюшкова Т. М.</i>	199
Гибридные вмешательства в малоинвазивной хирургии желчных путей <i>Жданов А. В., Андросов А. Н., Корымасов Е. А., Лежнев М. А.</i>	182	Новые возможности лечения мегахолодохолитиаза <i>Куртуков В. А., Шойхет Я. Н., Теплухин В. Н., Мищенко А. Н.</i>	201
Карбоксибия при проведении транспапиллярных вмешательств у пациентов с непереносимостью йодсодержащих контрастных веществ: простой выход из сложной ситуации <i>Жданов А. В., Корымасов Е. А., Навасардян Н. Н., Лежнев М. А.</i>	184	Опыт эндоскопической папилэктомии при аденоме большого дуоденального сосочка <i>Назмеев М. А., Захарова А. В.</i>	204
Постманипуляционный панкреатит: от реальной практики к клиническим рекомендациям <i>Жданов А. В., Корымасов Е. А.</i>	187	Осложнения при эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии и папилосфинктеротомии <i>Подсмаженко И. С., Иванов А. В., Косолапов В. В., Роговченко А. В.</i>	207
Жидкостная аспирационная биопсия рака поджелудочной железы <i>Кашинцев А. А., Коханенко Н. Ю., Имянитов Е. Н., Антипова М. В., Русанов Д. С., Медведев К. В., Соловьева Л. А., Аксёнова Т. Е., Александрова Ю. А., Пруцкий В. Ю., Гранстрём О. К., Анисимов С. В.</i>	189	Эндоскопическая инфуляция углекислого газа в панкреатический проток: возможно ли энзим-ингибирующее действие при остром панкреатите за счёт локальной депрессии pH? <i>Тренин Д. С., Кульминский А. В., Тренин И. Д., Кульминский М. А.</i>	208
Анализ причин, возможности диагностики и современные способы лечения осложнений транспапиллярных эндоскопических вмешательств <i>Коржева И. Ю., Нечипай А. М., Чернов М. В., Грачёв А. А., Балахольцев А. А., Амиров М. З.</i>	191	Осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств при механической желтухе доброкачественного генеза <i>Ф. А. Хаджибаев., М. А. Хашимов., Мирахмедов Н. Н., Ешмуратов А. Б., Джамалдинов И. М.</i>	210
Использование покрытых металлических саморасправляющихся стентов в лечении больных с рубцовыми посттрансплантационными стриктурами холангиохоледохоанастомоза. Первые клинические исследования <i>Коржева И. Ю., Чернов М. В., Грачёв А. А., Амиров М. З.</i>	193	Цистогастральный свищ псевдокисты поджелудочной железы, осложненный желудочно-кишечным кровотечением. Клинический случай <i>Щёголев А. А., Вакурова Е. С., Матушкова О. С., Стельмашенко Д. А., Громов Д. Г.</i>	212
Миниинвазивное лечение наружных панкреатических свищей и постнекротических кист, связанных с протоком поджелудочной железы <i>Королев М. П., Аванесян Р. Г., Федотов Л. Е., Михайлова Е. А., Турянчик М. М.</i>	195	Эндоскопическое ультразвуковое трансгастральное дренирование протоков поджелудочной железы <i>Смирнов А. А., Секербекоев Ш. А., Корольков А. Ю., Саадулаева М. М., Красков А.</i>	214
Двухэтапная тактика эндоскопического лечения больных механической желтухой опухолевого генеза, как профилактика послеоперационных осложнений транспапиллярного билиарного эндопротезирования <i>Котовский А. Е., Глебов К. Г., Магомедова Б. М., Махмудова А. К., Калмыкова Е. А.</i>	197	ТОЛСТАЯ И ТОНКАЯ КИШКА..... 217	
		Перфорация при лечебной и диагностической колоноскопии: причины, методы и результаты лечения <i>Агапов М. Ю., Алешина Н. В., Архипов В. В., Ванян А. В., Владимирова А. А., Галкова З. В., Двойникова Е. Р., Ивинская О. В., Кочергина Е. С., Лобач С. М., Неустроев В. Г., Пырх А. В., Распереза Д. В., Халин К. Д., Цой А. П.</i>	219

Холодная полипэктомия: за и против? <i>Агейкина Н. В., Николайчук Т. В., Олейникова Н. А., Мальков П. Г., Данилова Н. В., Харлова О. А.</i>	220	Холодная петлевая эндоскопическая резекция — безопасный метод удаления мелких предраковых поражений слизистой оболочки толстой кишки <i>Иванова Е. В., Горковцов А. В., Гофман В. С., Пацера С. В.</i>	244
Лапароколоноскопический метод восстановления толстокишечной проходимости после операции типа Гартмана <i>Андреев А. Л.</i>	222	Структура осложнений эндоскопических методов лечения эпителиальных образований толстой кишки <i>Ильканич А. Я., Кострубин А. Л., Варданян Т. С., Фунязгин Д. В., Романенков С. Н.</i>	246
Случай Car polyposis с поражением прямой кишки <i>Аникина М. С., Абдрахманов С. В., Дробязгин Е. А.</i>	223	Эффективность скрининговой колоноскопии в выявлении эпителиальных новообразований <i>Камалетдинова Ю. Ю., Ахмедов Р. Э., Бочкова Т. В., Грачев Г. В., Нагаев Н. Р., Сафуанов А. А., Смакова А. А., Суперфин Д. Э., Хисамутдинова Р. И.</i>	247
Опыт лечения пациентов с множественными магнитными инородными телами нижних отделов желудочно-кишечного тракта <i>Аникина М. С., Дробязгин Е. А.</i>	225	Трудности эндоскопической интерпретации мезенхимальной опухоли толстой кишки. Клиническое наблюдение <i>Коржева И. Ю., Нечипай А. М., Галаева Е. В., Вычужанина Н. В.</i>	249
Влияние псевдополипоза на развитие колит-ассоциированной дисплазии у пациентов с язвенным колитом <i>Архипова О. В., Скридловский С. Н., Веселов В. В.</i>	229	Лапароскопически ассистированная чрескожная эндоскопическая еюностомия <i>Кузьмин-Крутецкий М. И., Сафоев М. И., Каримова Л. И., Иванов В. И., Чувенков А. А.</i>	250
Диагностика сидячих зубчатых аденом с помощью конфокальной лазерной эндомикроскопии <i>Борсук А. Д., Дриго С. А., Побединский А. А.</i>	231	Выявление предраковых изменений слизистой оболочки толстой кишки с использованием технологии I-Scan и взятием пристеночной микробиоты у пациентов молодого возраста высокой группы риска и общей популяции <i>Малихова О. А., Карасев И. А., Верещак В. В., Малихов А. Г., Туманян А. О., Тяхт А. В., Кошечкин С. И.</i>	253
Зубчатые неоплазии толстой кишки <i>Верещак В. В., Малихова О. А., Карасев И. А., Малихов А. Г., Поддубный Б. К.</i>	233	Индивидуальный выбор метода подготовки толстой кишки и психологический контакт с больным — важные факторы качества результатов колоноскопии <i>Полянцев А. А., Иевлев В. А., Линченко Д. В., Карпенко С. Н., Каплунова Е. В.</i>	254
Случай желудочной гетеротопии в прямой кишке <i>Веселов В. В., Пирогов С. С., Водолеев А. С., Перфильев И. Б., Сухин Д. Г., Карпова Е. С., Беляева Т. В., Погорелов Н. Н.</i>	234	Сравнительная оценка качества подготовки пациентов к колоноскопии в зависимости от специалиста, консультирующего пациента перед исследованием <i>Полянцев А. А., Иевлев В. А., Карпенко С. Н., Каплунова Е. В.</i>	256
Рецидив кишечной непроходимости у пациентов после колоректального стентирования: причины, факторы риска и возможности эндоскопии <i>Водолеев А. С., Пирогов С. С., Кряжев Д. Л., Сидоров Д. В., Карпова Е. С., Сухин Д. Г., Веселов В. В., Беляева Т. В., Погорелов Н. Н.</i>	235	Опыт полностенной резекции при опухолях толстой кишки с использованием FTRD-System <i>Понеделков В. В., Лукьянчук Р. М., Федотов Б. Л., Алексеев С. М.</i>	258
Стентирование толстой кишки в лечении обтурационной опухолевой кишечной непроходимости. Первые результаты <i>Жданов А. В., Давыдов А. В., Корымасов Е. А., Лежнев М. А.</i>	237		
Капсульная эндоскопия в многопрофильном стационаре: точный способ дифференциальной диагностики заболеваний тонкого кишечника <i>Жданов А. В., Корымасов Е. А., Лежнев М. А., Рожнова М. В.</i>	239		
Источники тонкокишечного кровотечения и их характерные клинические особенности <i>Иванова Е. В., Тихомирова Е. В.1., Будыкина А. В., Федоров Е. Д.</i>	241		

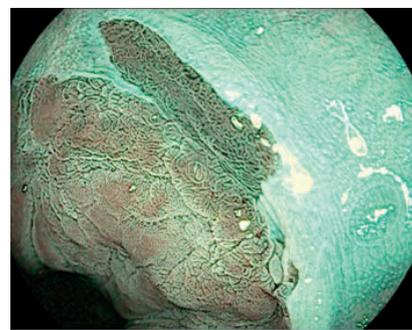
Предварительные данные рандомизированного проспективного исследования: эндоскопическое стенотирование на этапах радикального и паллиативного лечения больных стенозирующим колоректальным раком <i>Руденко И. Э., Павлов П. В., Сидорова Л. В., Федоренко А. А., Царьков П. В.</i>260	ДЕТСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ..... 279
Опыт выполнения эндоскопической диссекции в подслизистом слое (ESD) по поводу циркулярных и субциркулярных эпителиальных новообразований толстой кишки <i>Смирнов А. А., Блинов Е. В., Блинова Е. С., Конкина Н. В., Хачиров М. Ф., Бураков А. Н., Мерзляков В. М.</i>262	Изучение эффективности эндоскопической постановки назодуоденального зонда для раннего энтерального питания детей в критических состояниях <i>Альникова И. Ю., Лубкова Н. С.</i>281
Восстановление непрерывности толстой кишки с использованием эндоскопических технологий. Клинический случай <i>Солоницын Е. Г., Данилов И. Н., Киреев Ш. У., Ковалев А. А.</i>263	Рефрактерные стенозы анастомозов после хирургического лечения атрезии пищевода <i>Аникина М. С., Дробязгин Е. А.</i>282
Эндоскопическая диагностика раннего рака анального канала <i>Сухин Д. Г., Пирогов С. С., Водолеев А. С., Карпова Е. С., Перфильев И. Б., Веселов В. В., Беляева Т. В., Телегина Л. В., Николаев А. Л., Погорелов Н. Н.</i>265	Эндоскопическая диагностика воспалительных заболеваний кишечника у детей <i>Волкова Н. Л., Корниенко Е. А.</i>285
Значение предоперационной биопсии в диагностике поверхностных эпителиальных образований толстой кишки <i>Халин К. Д., Агапов М. Ю., Фёдоров Е. Д., Зверева Л. В., Стегний К. В., Огурченок Н. Е., Иванова Е. В., Двойникова Е. Р., Горбачев Е. В.</i>267	Эозинофильный эзофагит у детей: трудный путь к диагностике на основе собственных данных <i>Дежурко А. В., Чеченкова Е. В., Ковалевская Е. Р., Радченко Е. А.</i>286
Случай регресса меланоза толстой кишки у пациента с раком сигмовидной кишки клиническое наблюдение <i>Цветков М. С., Десятков Е. Н., Казанцева Н. В.</i>269	Оперативная эндоскопия у пациентов детского возраста с инородными телами верхних отделов желудочно-кишечного тракта <i>Дробязгин Е. А., Аникина М. С., Чикинев Ю. В., Архипов Д. А., Судовых И. Е.</i>288
Отсроченное кровотечение после плановой колоноскопии. Клинический случай <i>Цикунов Б. В., Евтушенко Д. А., Мустафаев В. Н.</i>271	Язвы Кушинга, миф или жестокая реальность детской эндоскопии <i>Карасева О. В., Харитонов А. Ю., Шавров А. А., Капустин В. А., Тимофеева А. В., Горелик А. Л., Голиков Д. Е.</i>290
Первый опыт применения и оценки результатов капсульной эндоскопии в СПбГБУЗ «Городская больница № 40» <i>Щербак С. Г., Гладышев Д. В., Коваленко С. А., Эфендиев А. О., Рыженкова И. С., Болдырева Е. В., Трусов И. А., Андреева Е. И., Лоханова М. А.</i>273	Современная структура осложненных кровотечением гастродуоденальных язв у детей <i>Паролова Н. И., Иванов Г. В., Лопатина Л. В., Умрилов А. А., Корниенко Е. А.</i>291
Сложности дифференциальной диагностики язвенных колитов. Амёбный колит <i>Юрченко И. Н., Пирогова Ю. Ю., Иванова О. В., Горюнов А. А., Насырова Е. В.</i>276	Эндоскопическая ультрасонография в диагностике заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей. Опыт центра <i>Подлипаева С. Г., Захаров И. В., Шубина Т. С.</i>294
	Эндосонография панкреатобилиарной зоны у детей. Первый опыт <i>Солодина Е. Н., Чекмазов И. А., Фомичева Н. В., Ефременков А. М., Соколов Ю. Ю.</i>296
	Трудности дифференциальной диагностики изъязвлений слизистой оболочки желудка у детей <i>Тропина И. В., Долженко О. А.</i>298
	Внутрипросветная эндоскопия в лечении обструктивного холедохолитиаза у детей <i>Щебеньков М. В., Жирылеев А. А., Волерт Т. А.</i>299

Оптимизация работы эндоскопической сестры при выполнении эндоскопических бронхобиопсий <i>Авдюгина А. Л.</i>303	Опыт внедрения эндоскопической ультрасонографии в рутинную клиническую практику <i>Жданов А. В., Солоницын Е. Г., Корымасов Е. А.</i>325
Роль эндоскопической медсестры в диагностике раннего рака ЖКТ <i>Гниломедова Г. В., Двойникова Е. Р.</i>304	Трудности, неудачи, осложнения при выполнении диагностических эндоскопических исследований верхних отделов ЖКТ <i>Иванов А. В., Косолапов В. В., Подсмаженко И. С.</i>329
Оценка показателей системы эпидемиологической безопасности нестерильных эндоскопических вмешательств <i>Мысикова Г. П., Перешивко И. Н., Панкратова Е. А.</i>306	Экстренная эндоскопия в Воронежской городской клинической больнице скорой медицинской помощи № 1 <i>Карташова С. Б., Козлова Н. В., Волкова И. В.</i>330
Особенности работы медицинской сестры эндоскопического профиля в России и в других странах <i>Пинина Е. Ю., Пирогов С. С., Зарубина Н. Ю., Водолеев А. С., Карпова Е. С., Каприн А. Д.</i>307	Миниинвазивное лечение абсцессов брюшной полости <i>Королев М. П., Федотов Л. Е., Аванесян Р. Г., Лепехин Г. М., Плентев М. Ю.</i>332
Скрининговые исследования, как метод диагностики колоректального рака <i>Шатковская А. Я., Маннапова М. А., Емельянова Ю. А.</i>309	Коллоидные кисты III желудочка. Особенности эндоскопической хирургии <i>Легздайн М. А., Павлов О. А., Свистов Д. В.</i>334
Опыт применения различных видов ручного пособия медицинской сестрой при проведении колоноскопии <i>Яровая Г. А., Яблоков И. Н., Буга М. В.</i>310	Возможности эндоскопического удаления внутримозговых гематом различной этиологии <i>Легздайн М. А., Павлов О. А., Свистов Д. В.</i>335
Применение 3D во внутрископической эндоскопии <i>Prof. Zhou Pinghong MD</i>317	Развитие симуляционного обучения в эндоскопии в Республике Беларусь <i>Маевская Т. В., Петкевич А. А., Слободин Ю. В.</i>336
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ 315	Возможности применения сшивающего устройства Apollo Overstitch в нежелательных ситуациях в эндоскопии <i>Митракова Н. Н., Митраков А. А., Канцевой С. В.</i>339
Дезинфектологические аспекты профилактики инфекций при эндоскопических вмешательствах <i>Абрамова И. М., Позен Д. Д., Попова Т. А.</i>318	Особенности диагностики и органо-сохраняющего хирургического лечения пациентов с клинически локализованным почечно-клеточным раком <i>Филимонова Е. С., Алешкевич А. И.</i>340
Особенности и результаты уточняющего эндоскопического обследования больных при лапароскопическом лечении небольших опухолей желудочно-кишечного тракта <i>Баяев В. Е., Комаров Д. В., Белебезьева Г. А.</i>320	Метаболический синдром: взгляд с позиций эндоскописта и гастроэнтеролога <i>Ушаева Л. А., Гриневич В. Б., Педь В. И.</i>341
Профессионализм и опыт врача-эндоскописта – залог предотвращения нежелательных явлений в эндоскопии <i>Боронов С. Н., Хакимов С. К., Саидов И. Н., Махмадкаримов Ш., Махмадов Б. Р., Школенко О. Л.</i>322	Первый опыт применения методики диссекции в подслизистом слое при удалении новообразований ротоглотки и гортаноглотки <i>Шишин К. В., Недолужко И. Ю., Шумкина Л. В., Черникова Е. Н., Канищев И. С.</i>343
Вопросы использования быстрых уреазных тестов для идентификации <i>H. Pylori</i> <i>Бушуева Е. А., Плисс М. М., Feduashev.O Tech</i>323	Аккредитация специалистов. Навстречу 2021 году <i>Дуванский В. А.</i>344

OPTIVISTA plus⁺

Уникальная комбинация оптических и цифровых усовершенствований для улучшения диагностики *in vivo*

PENTAX
MEDICAL



Процессор нового поколения с улучшенным разрешением и контрастностью изображения для еще более быстрого обнаружения и диагностики заболеваний ЖКТ

OPTIVISTA plus⁺

OPTIVISTA Plus обеспечивает наилучшие клинические результаты, благодаря улучшенным функциям высокого разрешения и контраста изображения в режимах i-scan и OE.

Благодаря оптимизированному процессу захвата изображения и более четким "замороженным" изображениям, диагностировать, определять путь лечения и документировать процесс становится еще легче.

OPTIVISTA Plus это также эффективная инвестиция для многопрофильных лечебных центров, расширяющая клинические возможности отделений пульмонологии и ЛОР за счет использования эндоскопов высокой четкости вместе с технологией i-scan OE.

Московское представительство компании "ПЕНТАКС Европа ГмбХ" (Германия)

Россия, 125047, Москва, 4-й Лесной пер., 13

тел. +7 (495) 114 52 31 E-mail: info.ru@pentaxmedical.com

www.pentaxmedical.com

PENTAX
MEDICAL



Эндоскопы серии i10

Высокое разрешение HD+

Расширенные диагностические
и лечебные возможности:

Новое поколение ПЗС-матрицы

Уникальный Близкий фокус

Улучшенная градуированная гибкость GDF в колоноскопах

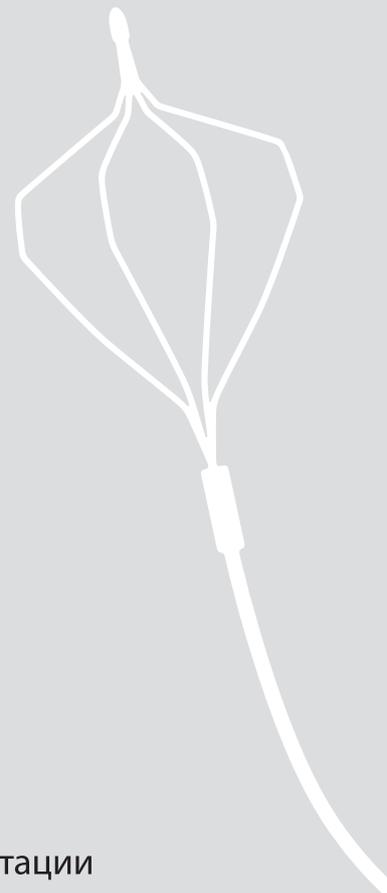
Оптимизированная эргономика рукоятки эндоскопов

www.pentaxmedical.com

ПЕНТАКС Европа ГмБХ Московское представительство

Тел.: +7- 495-114-52-31

**Эндо Старс — активный участник программ Правительства РФ
по импортозамещению изделий медицинского назначения**

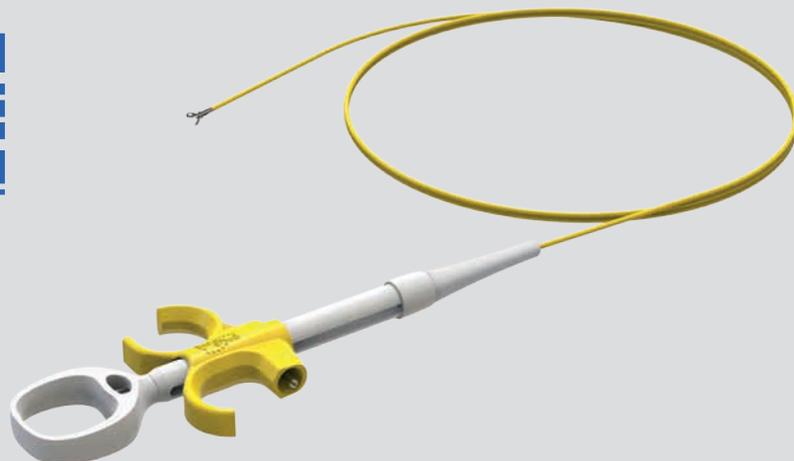


РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЭНДСКОПИИ

- ✓ стенты саморасширяющиеся
- ✓ лигатор
- ✓ клип-аппликатор
- ✓ щипцы для горячей биопсии
- ✓ защитный чехол для переноса эндоскопов
- ✓ защитный колпачок
- ✓ баллоны для дилатации
- ✓ щетки чистящие
- ✓ щипцы биопсийные
- ✓ загубники
- ✓ петли для полипэктомии
- ✓ захваты для удаления инородных тел



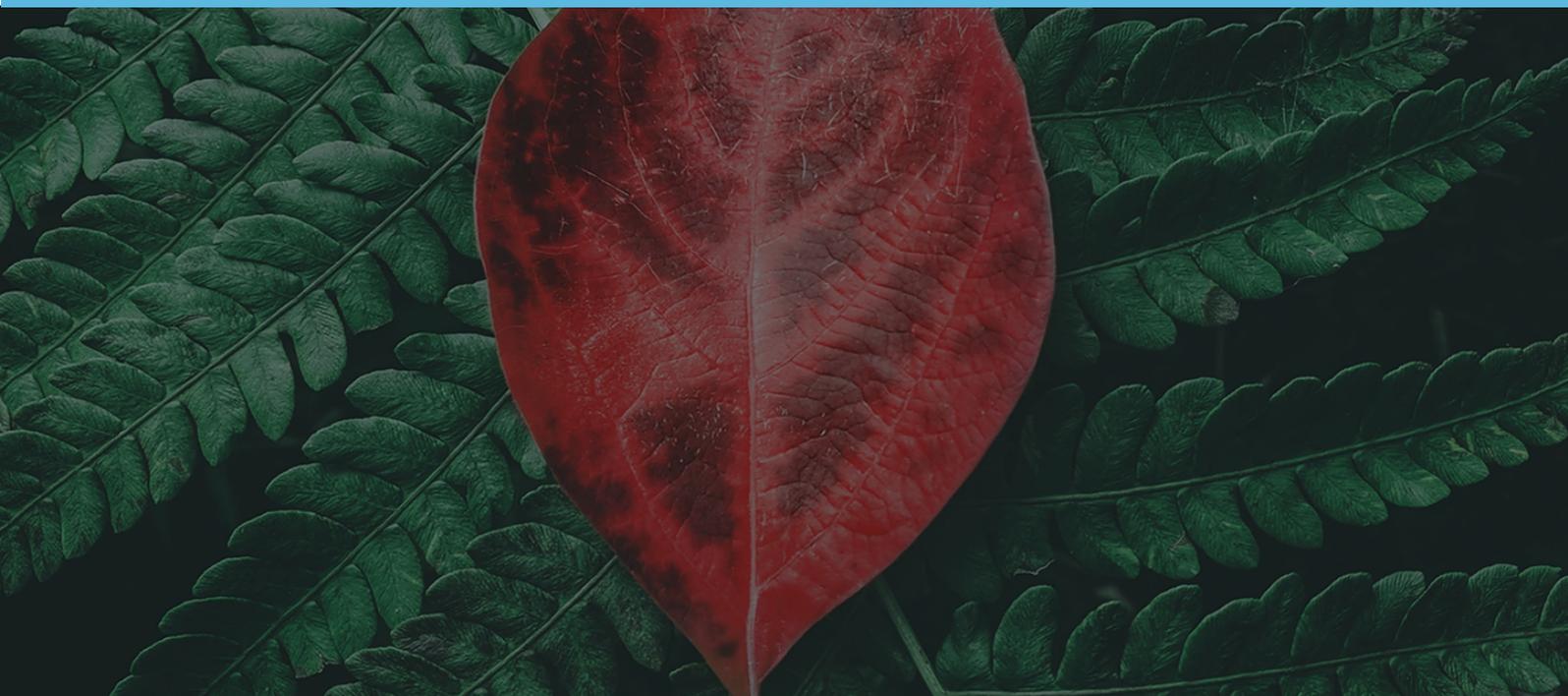
Вся продукция имеет необходимую разрешительную документацию: регистрационные удостоверения, декларации соответствия, сертификаты.





актуальные вопросы
Эндоскопии
Санкт-Петербург

Б Р О Н Х О С К О П И Я



#эндоскопия ♥



Рады представить инновационную эндоскопическую систему Eluxeo 7000, которую отличают:

- Моментальный разъём, который обеспечивает увеличение клинической безопасности и эффективности обработки.



- Уникальная технология LCI облегчает обнаружение патологических участков, в частности диагностику раннего рака.



- Сочетание оптического увеличения x 145 раз и режима BFI позволяет специалисту сделать обоснованное предположение о характере новообразования уже в процессе исследования.
- Технология MultiLight® – 4 светодиодных лампы со сроком службы 10 000 часов.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ТРАХЕО-БРОНХИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Аванесян А. А., Аккалаева А. Э., Клименко В. В., Богданов А. А.
ГБУЗ Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов
медицинской помощи (онкологический)

г. Санкт-Петербург

Актуальность

Ведение больных с неоперабельным раком органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и трахео-бронхиальной системы (ТБС) включает в себя контроль качества, продолжительности жизни и применения специфических методов направленных на радикальное лечение. Возможности современной онкологии могут значительно расширится с применением эндоскопической внутрипросветной фотодинамической терапии (ФДТ).

Материалы и методы

С августа 2019 года по январь 2020 года ФДТ была выполнена 9 пациентам. 6 пациентам с неоперабельным раком желудка, 2 из которых с рецидивом опухоли в анастомозе, у всех пациентов наблюдалась дисфагия 2–3 степени. 4 больных получали курсы химиотерапии (ХТ) после ФДТ. 2 пациента после нерадикальной резекции опухоли желудка T1N0M0, у 1 из них рецидив в постоперационном рубце. 1 пациент со стенозирующим неоперабельным раком легкого cT4N0M0, с признаками дыхательной недостаточности 2–3 степени. 6 пациентам был проведён 1 сеанс ФДТ, 3 пациентам — 2 сеанса.

В данной работе был использован импульсно-периодический режим облучения обладающий более высоким противоопухолевым эффектом по сравнению с непрерывным режимом облучения. Расчетный импульсный режим облучения позволяет снизить фотоиндуцированную гипоксию опухолевой ткани во время облучения.

В качестве лазерного источника использовался полупроводниковый лазер Латус («АТКУС», Россия) с длиной волны излучения 662 нм и максимальной выходной мощностью 2.5 Вт. Были использованы оптоволоконные счетоводы с цилиндрическими диффузорами («Полироник», Россия). Лазерное излучения (662 нм) при эндоскопической ФДТ подводилось с использованием световодов к опухоли через инструментальный канал видеогастро-

скопа с использованием эндоскопической стойки Olympus Evis Exera III clv-190 (Japan). Общая доза облучения на 1 см диффузора составляла 260 Дж/см. В качестве фотосенсибилизаторов использовался фотодитазин. В рамках исследования была проведена оценка эффективности ближайших результатов: полный, частичный и без эффекта.

Результаты

У всех пациентов со стенозирующим раком желудка, признаки дисфагии полностью исчезли после первого сеанса ФДТ. Все пациенты отмечали улучшение общего состояния, наблюдался частичный эффект (уменьшение внутрипросветной опухоли в зоне облучения, примерно, на 50%). Однако у 1 больной отмечалось прогрессирующее опухоли дистальнее области анастомоза в отводящую кишку с признаками субкомпенсированного стеноза. У 1 пациентки с рецидивом опухоли желудка в постоперационном рубце на фоне 2 сеансов ФДТ отмечался гистологически верифицированный полный регресс — полный эффект. У 1 пациента с превентивными 2-мя сеансами ФДТ после нерадикального удаления опухоли желудка T1N0M0 с момента операции, за 5 месяцев, рецидива опухоли диагностировано не было — полный эффект. 1 пациент с опухолью легкого cT4N0M0 после 1 сеанса ФДТ дыхательная недостаточность купировалась, отмечался частичный эффект. Осложнений не было.

Выводы

Эндоскопическая ФДТ с применением импульсного режима как малоинвазивный метод лечения позволяет в краткие сроки расширить опухолевый канал при стенозирующем раке органов ЖКТ и ТБС, для улучшения качества жизни, а также для возможности проведения химиотерапии, требующей энергетических ресурсов больного. А у больных с опухолью T1N0M0 возможен радикальный эффект.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСБРОНХИАЛЬНАЯ КРИОБИОПСИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ДИССЕМНИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Беляев Г.С., Маменко И.С., Васильев И.В., Гасанмагомедов С.М., Табанакова И.А., Яблонский П.К.
Санкт-Петербургский Научно-исследовательский институт Фтизиопульмонологии МЗ РФ

г. Санкт-Петербург

Введение

Диссеминированные заболевания легких (ДЗЛ) это группа патологий, объединенных под общим признаком наличия диссеминации в легочной ткани, выявляемой при рентгенологическом исследовании. К наиболее распространенным методам верификации относятся хирургическая биопсия легких и чрезбронхиальная биопсия легких. В то же время более безопасным и экономическим целесообразным является чрезбронхиальная биопсия легких (ЧБЛ) с диагностической ценностью до 70%. Однако, эта методика не лишена недостатков, таких как небольшой размер биоптатов и их деформация в результате раздавливания щипцами. Трансбронхиальная криобиопсия легких (ТБКЛ) относительно новая методика, имеющая основное преимущество перед ЧБЛ: биоптаты большего размера. В настоящий момент данная методика не получила широкого распространения в России.

Цель работы

Оценить эффективность и безопасность ТБКЛ в диагностике ДЗЛ.

Материалы и методы

ТБКЛ выполнена 15 пациентам с ДЗЛ, с сентября по ноябрь 2019 г.

Критерии включения

Наличие ДЗЛ неизвестной этиологии, отсутствие МБТ в мазке мокроты.

Методика

Перед началом манипуляции совместно с рентгенологом определялась зона наибольших изменений по данным мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной полости. Исследование выполнялось под наркозом с искусственной вентиляцией легких. Видеоброн-

хоскоп (Pentax EB-1975K) вводился в трахеобронхиальное дерево до сегментарных бронхов через тубус ригидного бронхоскопа у 8 пациентов (53,3%), через интубационную трубку у 7 (46,6%). По инструментальному каналу эндоскопа в сегментарный бронх вводился криозонд, подключенный к аппарату криохирургии (ERBECRYO 2 производства ERBE, Германия). Под контролем рентгеноскопии зонд устанавливался в предварительно определенный сегмент. Затем выполнялась подача углекислого газа через зонд, вследствие чего происходила криоадгезия участка легкого. Эндоскоп вместе с криозондом и биоптатом извлекался единым блоком. После извлечения производилась контрольная бронхоскопия с целью мониторинга кровотечения. После окончания манипуляции выполнялась контрольная рентгеноскопия для исключения пневмоторакса. На следующий день выполнялась контрольная рентгенография. Количество биоптатов варьировалось от 3 до 4, размеры от 0,3*0,3 до 1,2*0,4 см. Время криоадгезии от 6 до 9 секунд.

Результаты

Из 15 пациентов, включенных в исследование верифицировать процесс удалось у 11 (73,33%). Из них саркоидоз легких выявлен в 8 (72,73%) случаях, туберкулез легких в 2 (18,18%), пневмония в 1 (9,09%). Осложнения зафиксированы у 2 больных (13,33%): апикальный пневмоторакс, не потребовавший дренирования плевральной полости; выраженное кровотечение у одного больного, потребовавшее продленной ИВЛ (после экстубации пациент выписан на 5 сутки).

Выводы

Трансбронхиальная криобиопсия показала высокую эффективность (80%) при диагностике ДЗЛ и приемлемую частоту осложнений. Необходимо продолжение исследований с большим количеством наблюдений.

Список литературы

- Ganganah O, Guo SL, Chiniah M, Li YS. Efficacy and safety of cryobiopsy versus forceps biopsy for interstitial lung diseases and lung tumours: a systematic review and meta-analysis. *Respirology* 2016;21:834–841.
- Johannson KA, Marcoux VS, Ronksley PE, Ryerson CJ. Diagnostic yield and complications of transbronchial lung cryobiopsy for interstitial lung disease: a systematic review and metaanalysis. *Ann Am Thorac Soc* 2016;13:1828–1838., (11), 58–61.

ОСЛОЖНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ПРОВЕДЕНИЕМ ВНУТРИПРОСВЕТНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ АСПИРАЦИИ

Введенский В. П., врач-эндоскопист
ГБУЗ ЯО «КБ № 2»

г. Ярославль

Цель исследования — определить характер, степень тяжести и частоту встречаемости осложнений, связанных с выполнением диагностических, лечебных и оперативных бронхоскопий при верификации и лечении бронхо-легочной аспирации.

Материалом для решения поставленной задачи послужили результаты обследования и лечения 669 пациентов с тяжелыми сочетанными травмами, которым было выполнено 5230 диагностических, лечебных и оперативных бронхоскопических вмешательств. Мужчин — 542, женщин — 127. Возраст от 18 до 82 лет. Фибробронхоскопии (ФБС) проводили на фоне респираторной поддержки с использованием эндоскопа, диаметр рабочего канала которого был не менее 2 мм. Комбинированную бронхоскопию выполняли после исключения травмы шейного отдела позвоночника и костей лицевого скелета под наркозом с ручной искусственной вентиляцией легких. Тяжесть возникших осложнений определяли по классификации W. Credly, J. Smiddy и R. Elliot (1974).

Результаты и обсуждение

При проведении эндоскопической ревизии нижних дыхательных путей с целью верификации бронхолегочной аспирации было выполнено 669 ФБС. При этом констатированы осложнения только легкой степени. Гипоксия выявлена в 17 (2,54%) наблюдениях и была вызвана механической обструкцией нижних дыхательных путей введенным фибробронхоскопом на фоне проводимой вентиляции легких. Геморрагические осложнения в виде носовых кровотечений имели место во время проведения 14 (2,09%) эндоскопий и самостоятельно прекратились в течение 2 мин. после их окончания. Ларингоспазм, констатированный в дебюте 2 (0,3%) ФБС, был обусловлен неадекватно выполненной местной анестезией и купирован дополнительной инстилляцией лидокаина на голосовые связки.

При фиброскопической экстракции инородных тел, относящихся к первой, второй, четвертой и пятой группам по классификации Киллиана и Брюннинга (n=48), гипоксия легкой степени имела место при проведении 6 (12,5%)

ФБС, при комбинированной бронхоскопии (n=4) — у 1 (25%) (p>0,05). Во всех наблюдениях она возникала при проведении инородных тел через главные бронхи и трахею. Гемофтиз манифестировал как при использовании аппаратов с волоконной оптикой (n=1–2,08%), так и при применении ригидного бронхоскопа (n=1–25%) (p>0,05). Он был обусловлен травмой слизистой при технически трудно выполнимой экстракции инородного тела.

При восстановлении проходимости трахеи и бронхов с использованием фиброоптического лаважа теплым физиологическим раствором (233 ФБС) усиление гипоксии констатировано в 69 (29,61%) наблюдениях, при проведении эндоскопически контролируемой направленной высокочастотной искусственной вентиляции легких (ВЧ ИВЛ) в режиме экспульсии (186 ФБС) — в 4 (2,15%) (p<0,001). При трахеобронхиальном лаваже выраженность гипоксических нарушений определялась «утоплением здоровых бронхов», имевшим место несмотря на дозированные инстилляции санирующего раствора. Проведение фибробронхоскопии в комплексе с ВЧ ИВЛ нивелировало отрицательный эффект от механической обструкции нижних дыхательных путей введенным в них эндоскопом.

При лечении острых химических пневмонитов аспирационного генеза выполнено 985 ФБС с целью ревизии трахеобронхиальной системы и удаления гнойного секрета. При использовании трахеобронхиального лаважа физиологическим раствором гипоксия легкой степени отмечена в 176 (17,87%) случаях. При применении визуально контролируемой ВЧ ИВЛ в инвертированном режиме (840 ФБС) — в 104 (12,38%) (p<0,002). Во всех — выраженность гипоксических нарушений определялась степенью и распространенностью бронхообструкции в силу гиперпродукции патологического экспектората.

При лечении гемоаспирационных пневмоний выполнено 112 ФБС. При использовании трахеобронхиального лаважа физиологическим раствором гипоксия имела место в 16 (14,29%) наблюдениях. После визуально контролируемой ВЧ ИВЛ в режиме экспульсии (n=189) — в 19 (10,05%) (p>0,05). Во всех — легкой степени.

При лечении пневмоний с рН аспирационного субстрата больше 3,0 и их осложнений выполнена 301

лечебно-диагностическая и оперативная бронхоскопия. При этом гипоксия легкой степени выявлена в 91 (30,23%) наблюдении после выполнения фиброоптического трахеобронхиального лаважа. При проведении ФБС с ВЧ ИВЛ в инвертированном режиме ($n=279$) — в 28 (10,04%) ($p<0,001$). Во всех выраженность гипоксии определялась степенью и распространенностью бронхообструкции, обусловленной гиперсекрецией гнойного экссектората.

При лечении пневмоний аспирационного генеза с рН аспирата меньше 3,0 и их осложнений выполнено 350 бронхоскопий с целью ревизии нижних дыхательных путей, удаления гнойного экссектората и коррекции «продуктивного синдрома» в виде эндоскопической установки окклюдера в «заинтересованный» бронх. Гипоксия легкой степени отмечена при проведении трахеобронхиального лаважа в 109 (29,43%) наблюдениях. При ФБС в комплексе с ВЧ ИВЛ в режиме экспульсии ($n=532$) — в 119 (22,37%) ($p<0,05$). Во всех наблюдениях выраженность гипоксии определялась объемом инфильтративно измененной легочной ткани и бронхообструкцией, обусловленной гиперпродукцией патологического секрета.

Таким образом, характер осложнений при проведении диагностических, лечебных и оперативных бронхоскопических вмешательств был обусловлен:

1. уменьшением просвета трахеи и бронхов введенным фиброэндоскопом, проведением удаляемого инородного тела через главные бронхи и трахею, эффектом «утопления здоровых бронхов» при фиброоптическом трахеобронхиальном лаваже физиологическим раствором, гиперпродукцией патологического экссектората, что определяло развитие гипоксии легкой степени (14,84% бронхоскопий);

2. травматизацией слизистой носа и бронхов при введении фиброэндоскопа и экстракции инородных тел, которая манифестировала в виде носовых кровотечений и гемофтиза (0,31% бронхоскопий);

3. недостаточным обезболиванием верхних дыхательных путей при проведении местной анестезии — ларингоспазм (0,04% бронхоскопий).

Выводы

Характер, выраженность и частота встречаемости осложнений, возникших при проведении диагностических, лечебных и оперативных бронхоскопий у пострадавших с тяжелыми сочетанными травмами, свидетельствуют в пользу широкого использования внутрипросветных эндоскопических вмешательств для верификации и лечения бронхолегочной аспирации у данного контингента больных.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ИЛЕО-ЦЕКАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПОВТОРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Данилов М.А., Леонтьев А.Б., Абдулатипова З.М., Байчоров А.Б., Саакян Г.Г., Стрельцов Ю.А., Долгопятов И.А., Николаева А.О.
Отделение колопроктологии ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр им. А.С. Логинова ДЗМ

г. Москва

Актуальность

Более 80% пациентов с болезнью Крона подвергаются хирургическому лечению в течение 10 лет после постановки диагноза, и около 40–50% из них нуждаются в повторных вмешательствах в течение последующих 15 лет. Лапароскопический доступ при выполнении резекции может быть сложен и не всегда безопасен из-за утолщенной инфильтрированной брыжейки, наличия свищей, абсцессов и флегмон.

Цель

Целью данного исследования является анализ непосредственных результатов лапароскопических илео-цекальных резекций при болезни Крона у пациентов с предшествующими лапаротомиями.

Материалы и методы

В исследование были включены пациенты, которым были выполнены лапароскопические илео-цекальные резекции с 2015 по 2019 гг. в отделении колопроктологии МКНЦ им. А.С. Логинова. В основную группу были включены пациенты с рецидивирующей болезнью Крона и наличием лапаротомий в анамнезе, в контрольную — перенесших операцию впервые по поводу болезни Крона и без хирургических вмешательств в анамнезе. Частота

конверсии и количество осложнений в периоперационном периоде были определены как первичные конечные точки. Необходимость повторных вмешательств, повторные госпитализации этих пациентов после выписки, продолжительность операции и послеоперационный кой-день явились вторичными конечными точками.

Результаты

Общее количество пациентов с рецидивирующей болезнью Крона и множественными лапаротомиями составило двадцать девять, из них: 2 лапаротомии в анамнезе — 19 пациентов (65,5%), 3 лапаротомии — у 9-х пациентов (31%) и 4 — у одного пациента (3,5%). В контрольную группу вошло 33 пациента с болезнью Крона не имевших хирургических вмешательств на брюшной полости в анамнезе. Не было обнаружено различий в частоте послеоперационных осложнений и частоте конверсий. Продолжительность операции была больше у пациентов с предшествующими операциями на брюшной полости.

Выводы

Лапароскопическая илеоцекальная резекция при рецидивирующей болезни Крона является безопасным вмешательством у пациентов с повторными вмешательствами на брюшной полости.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМОЙ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Дробязгин Е.А.^{1,2}, Чикинев Ю.В.^{1,2}, Судовых И.Е.¹, Аникина М.С.¹, Архипов Д.А.¹

¹ ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

² ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России

г. Новосибирск



■ Дробязгин Е.А.



■ Судовых И.Е.



■ Аникина М.С.

Буллезная эмфизема легких является наиболее частой причиной возникновения пневмоторакса. Частота обращения пациентов с пневмотораксом в специализированные (торакальные) или общехирургические отделения остается довольно высокой. Применяемая методика лечения (дренирование плевральной полости) не всегда позволяет добиться расправления легкого, особенно у пациентов с выраженными буллезными изменениями легочной ткани, что делает необходимым проведение вмешательства. При наличии ранее выполненного дренирования плевральной полости, частота осложнений в послеоперационном периоде выше, чем после планового оперативного лечения.

В случае длительной утечки воздуха по плевральным дренажам более рациональным является устранение утечки воздуха, удаление дренажей из плевральной полости и выполнение операции в плановом порядке.

В клинике кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета клапанная бронхоблокация при длительной утечке воздуха из плевральной полости у пациентов с буллезной эмфиземой легких, осложненной пневмотораксом выполнена 38 пациентам (28 мужчин; 10 женщин). Возраст пациентов 56,48 лет (Me 61,0 (45,0; 67,0)).

Все пациенты были госпитализированы в клинику или переведены в отделение торакальной хирургии из других лечебных организаций с подтвержденным диагнозом буллезной эмфиземы легких.

Во всех случаях пациентам установлены клапанные бронхоблокаторы Medlung (Россия). Процедура установки осуществлялась в эндоскопическом кабинете под местной анестезией раствором лидокаина. Выбор блокируемого бронха осуществлялся на основании данных рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки, либо введением в плевральный дренаж раствора перекиси водорода, окрашенного бриллиантовым зеленым.

У 24 пациентов, блокатор установлен в бронхи правого легкого, у 14 – в бронхи левого легкого. В верхнедолевой бронх справа блокатор установлен у 19 пациентов, в промежуточный у 2, в бронх нижней доли у 3. При левосторонней локализации пневмоторакса бронх верхней доли блокирован у 12 пациентов, в 1-3 у 1, бронх нижней доли у 1. Осложнений во время проведения вмешательства и в послеоперационном периоде не выявлено.

У большинства пациентов (34 – 89,5%) в течение первых суток после блокации отмечена положительная динамика (прекращение утечки воздуха по плевральным дренажам), что сопровождалось улучшением аускультативной картины. Расправление легкого подтверждалось данными рентгенографии органов грудной клетки и рентгеновской компьютерной томографии легких (рисунок 1, 2). Дополнительная установка эндобронхиального клапана выполнена 1 пациенту из-за сохраняющегося сброса воздуха, что так же привело к улучшению состояния пациента и прекращению утечки воздуха по плевральным дренажам.



Рис. 1. Рентгеновская компьютерная томография грудной клетки до установки клапанного бронхоблокатора (пневмоторакс, выраженные буллезные изменения легочной ткани, подкожная эмфизема)



Рис. 2. Рентгеновская компьютерная томография грудной клетки через 2 суток после установки клапанного бронхоблокатора (пневмоторакс не определяется, отмечается регресс подкожной эмфиземы)

У 3 пациентов положительной динамики после блокации не отмечено. Всем пациентам выполнены оперативные вмешательства

Дренажи из плевральной полости извлекались на 2-3 сутки после прекращения сброса воздуха. Выписка из стационара осуществлялась на 3-4 сутки. Средняя длительность периода блокации составляла 14 дней (от 6 до 28 суток). Для удаления блокатора пациенты госпитализировались в стационар. Процедура удаления так же проводилась под местной анестезией. Осложнений при удалении блокатора

не отмечено. Во всех случаях отмечались различной степени выраженности явления эндобронхита, в 5 случаях с возникновением грануляционной ткани в месте контакта блокатора со слизистой бронхиального дерева.

Таким образом, методика эндоскопической клапанной бронхоблокации является высокоэффективным и безопасным способом купирования утечки воздуха по дренажам у пациентов со спонтанным пневмотораксом, позволяя в короткие сроки добиться расправления легочной ткани, избегая оперативного вмешательства.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ (ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ)

Дробязгин Е.А.^{1,2}, Чикинев Ю.В.^{1,2}, Судовых И.Е.¹, Аникина М.С.¹, Архипов Д.А.¹

¹ ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

² ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России

г. Новосибирск



■ Дробязгин Е.А.



■ Судовых И.Е.



■ Аникина М.С.

С 1995 года в клинике кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета Новосибирского Государственного медицинского университета находилось на лечении 154 пациента с диагнозом рубцовый стеноз трахеи: мужчины 107 (69,48 %), женщины – 47 (30,52 %) в возрасте от 15 до 83 лет. В 101 случае возраст пациентов находился в диапазоне от 20 до 50 лет.

У 101 (65,58%) пациента стеноз был посттравматической этиологии, у 43 (34,42%) связан с проведением искусственной вентиляции легких через интубационную трубку. В меньшем числе случаев 6, 3 и 1 соответственно, причиной стеноза была ранее выполненная циркулярная резекция трахеи, трахеоларингопластика и постлучевой стеноз при раке трахеи. Кроме этого в клинику были госпитализированы 2 пациента после стентирования нитиловыми стентами, которые .

При проведении диагностики всем пациентам выполнялась ларинготрахеоскопия, томография трахеи (в том числе спиральная компьютерная) с целью уточнения локализации и протяженности участка рубцового сужения трахеи (рисунок 1). Оба метода являлись обязательными у всех пациентов. Но, для определения протяженности участка рубцовых изменений предпочтение отдавалось ларинготрахеоскопии. После проведенного дообследования выявлено, что у 19 пациентов рубцовые изменения были в подскладочном отделе гортани и верхней трети трахеи, у 60 (40,37 %) в верхней трети трахеи, у 41 (25,51 %) в верхней и средней трети, у 13 (6,20 %) в средней трети, у 10 (6,89 %) в средней и нижней трети трахеи, у 12 (8,27 %) в нижней трети трахеи.

Протяженность рубцовых изменений в 9 наблюдениях составила до 1 см, в 18 от 1 до 1,5 см, в 42 от 1,5 до 2 см, в

37 от 2 до 2,5 см, в 20 от 2,5 до 3 см, в 11 от 3 до 3,5 см, в 10 от 3,5 до 4 см, в 6 более 4 см.

При оценке степени стеноза у большинства пациентов 131 имелись признаки дыхательной недостаточности из-за стеноза трахеи II или III ст (у 60 – II ст., у 78 III ст.). Стеноз I степени был у 15 пациентов. В 8 наблюдениях просвет был облитерирован, что соответствовало IV ст. стеноза. У 42 (24,13 %) пациентов дыхание было возможно только через трахеостомическую трубку.

Эндоскопическое лечение являлось основным и позволило восстановить проходимость трахеи (как временная или постоянная мера) (147 пациентов). Из-за выраженности явлений дыхательной недостаточности примерно у 50% пациентов (76) вмешательства проводились в экстренном порядке. У большинства пациентов (136) проводилось бужирование суженного участка трахеи тубусами ригидного бронхоскопа в условиях внутривенной анестезии с миорелаксантами. В меньшем числе случаев (8) восстановление проходимости осуществлялось в условиях местной анестезии путем бужирования интубационными трубками через ранее наложенную трахеостому (5) или пищеводными бужами по металлической струне-проводнику (3) из-за выраженного стеноза просвета (до 1-3 мм в диаметре), не позволяющего использовать тубусы ригидного бронхоскопа.

При отсутствии эффекта от бужирования трахеи выполнялись другие вмешательства (бужирование суженного участка трахеи с установкой силиконового стента у 67 пациентов, трахеоларингопластика у 11, резекция трахеи у 17, ретрахеостомия у 7). В 45 случаях при периодическом бужировании рубцово-измененного участка трахеи удалось добиться достаточно стойкого для дыхания просвета.



Рис. 1. Обследование пациентов до проведения эндоскопического лечения (а – эндоскопическое изображение стеноза средней трети трахеи, б, с – линейная томография трахеи (определяется зона сужения просвета трахеи))

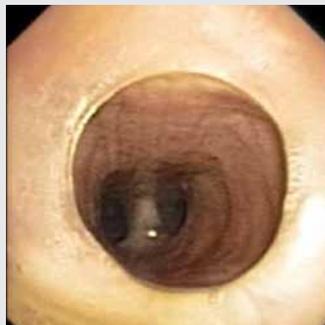


Рис. 2 (а, б). Эндоскопическое изображение проксимального и дистального края установленного стента типа Dumon. Травматизации слизистой оболочки краями стента нет

Рис. 3 (а, б). Томограмма трахеи. Установленный силиконовый стент типа Dumon

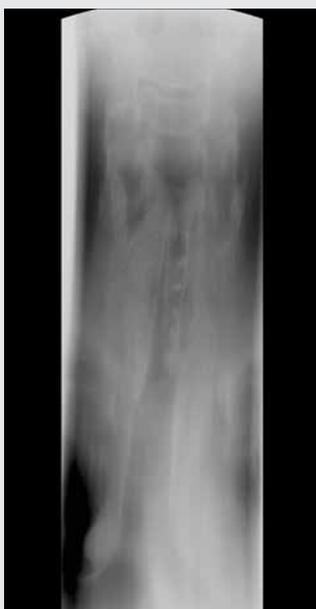


Рис. 4 (б, с). Эндоскопическое изображение обструкции стента секретом с сужением его просвета

Рис. 4а. Миграция силиконового стента типа Dumon проксимальнее участка стеноза под голосовые складки



Рис. 4 (д, е). Эндоскопическое изображение. Через 1 месяц после удаления стента. Сформирован стойкий и достаточный для дыхания просвет трахеи

Показаниями к стентированию были: рестеноз, возникший в сроки от 5 часов до 1 месяца. Целями установки стенты были: временное восстановление проходимости рубцово-суженного участка трахеи как подготовка к оперативному вмешательству (циркулярная резекция трахеи) (3), самостоятельный метод лечения при невозможности оперативного вмешательства на момент начала лечения из-за наличия сопутствующей патологии (у большинства (55) пациентов); рубцовое сужение трахео-трахеального анастомоза после циркулярной резекции трахеи (6); стеноз трахеи после длительного лечения с формированием трахеофиссуры и дилатацией на Т-образной трубке (после трахеоларингопластики с закрытием дефекта стенки (3)). Все вмешательства проводились в условиях общей анестезии. Стент типа Дюмона (МедСил) был установлен в зону стеноза у 65 пациентов, стент из фрагмента интубационной трубки у 2 (освоение методики). Осложнений при выполнении бужирования суженного участка трахеи и установки стента не отмечено. Обязательным являлось эндоскопическое исследование в первые сутки после установки стента (рисунок 2) и томография трахеи (рисунок 3).

При нормальном расположении стента эндоскопические исследования выполнялись на 3 и 7 сутки послеоперационного периода и далее 1, 3, 6 и 9 месяцев. Длительность эндоскопического лечения составляла от 3 месяцев до 3 лет.

Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 32 пациентов. Для лучшей систематизации возникших осложнений мы разделили их на две группы: до двух недель и после двух недель от момента вмешательства. В

сроки до двух недель полная или частичная дислокация стента произошла у 7 пациентов, откашливали стент 10 пациентов. В сроки свыше двух недель после стентирования полная или частичная дислокация стента была у 4 пациентов (рисунок 4а), обструкция стента секретом у 4 (рисунок 4 b, c), экспекторация стента у 2, разрастания грануляционной ткани по проксимальному или дистальному краям стента у 5.

Тактика при возникновении осложнения зависела от состояния пациента, наличия дыхательной недостаточности. При частичной дислокации стента коррекция его положения выполнена 2 пациентам, удаление с последующим рестентированием у 3. При полной дислокации стента выше или ниже участка стеноза в сроки до 2 недель, стент удалялся и выполнялось рестентирование. При полной дислокации стента выше или ниже участка стеноза в сроки до 2 недель (от 5 месяцев и более) у 4 пациентов, стент удалялся и проводилось динамическое наблюдение в течение которого рецидива стеноза не было. При обструкции стента в 3 случаях проводилось удаление секрета, в 1 случае (срок стентирования более 3 лет) стент удален. При наблюдении в послеоперационном периоде рестеноза не отмечено (рисунок 4 d, e). При появлении грануляций по проксимальному и дистальному краям стента в 3 случаях грануляции регрессировали на фоне противовоспалительной терапии, в 1 случае грануляции были удалены, в 1 случае проведена аргонеплазменная коагуляция грануляций. При повторной экспекторации и рестенозе после стентирования (3 пациента): в двух случаях выполнена трахеоларингопластика с введением в зону стеноза Т-образной трубки, в 1 случае – циркулярная резекция трахеи.

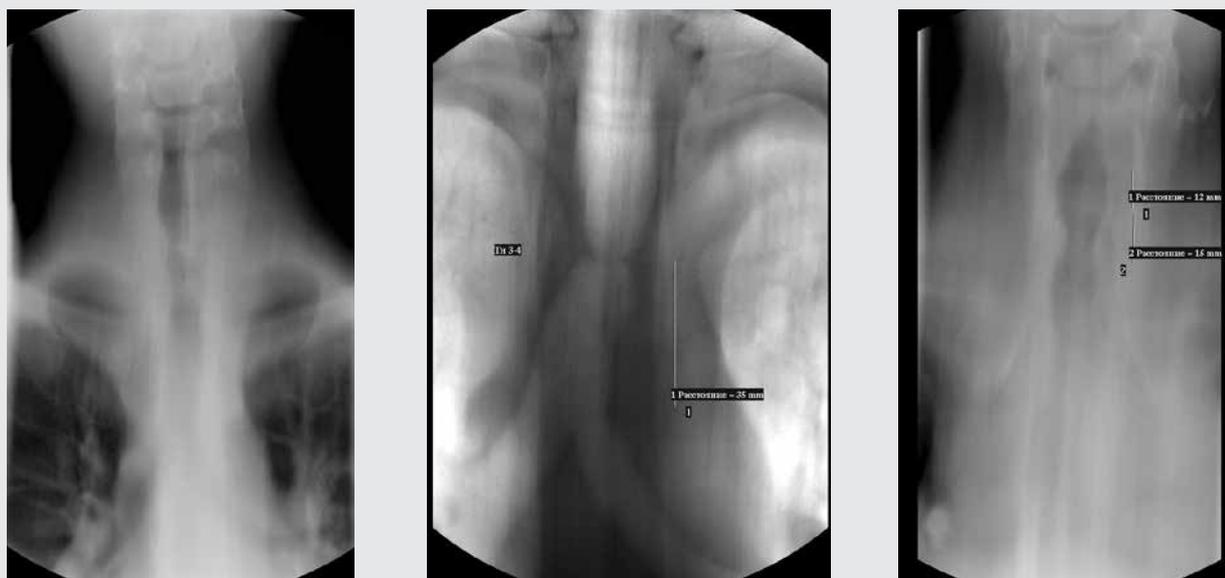


Рис. 5 (а-с). Томограмма трахеи в сроки не менее 1 месяца после извлечения стента. Определяются рубцовые изменения в трахее. Просвет в зоне деформации достаточный для дыхания

Стенты удалялись под общим обезболиванием при ригидной трахеоскопии через 9-12 месяцев после его установки (54 пациента), в срок более 1 года (от 1 года до 3 лет) после установки (3). Осложнений при удалении не отмечено. В настоящее время лечение продолжается у 8 пациентов. У 40 пациентов в ходе эндоскопического лечения сформирован стойкий просвет, достаточный для дыхания не менее 10 мм (рисунок 5). В 18 наблюдениях после удаления стента возник рестеноз в сроки от 15 минут до 1,5 месяцев. Рестентирование выполнено 8 пациентам (5 – этапное эндоскопическое лечение, 3 – пожизненно

из-за тяжелых сопутствующих заболеваний). В 9 случаях пациенты оперированы (8 – циркулярная резекция трахеи, 1 – трахеоларингопластика). В 1 случае возникла трахеомаляция, что потребовало установки стента.

Таким образом, эндоскопические методики лечения пациентов с рубцовыми стенозами трахеи обладают высокой эффективностью (70,17%) являясь как основным методом лечения, так и этапом предоперационной подготовки. Все осложнения, возникшие в ходе эндоскопического лечения могут быть скорректированы с использованием эндоскопических или хирургических методик.

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ БРОНХОСКОПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАДИАЛЬНЫХ МИНИЗОНДОВ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКОГО

Зуйков К. С., Важенин А. В., Кулаев К. И., Юсупов И. М., Пушкарев Е. А., Попова И. А.
ГБУЗ «Челябинский Областной Клинический Центр Онкологии и Ядерной Медицины»

г. Челябинск



■ Зуйков К. С.

Введение

Пациенты с IV стадией онкологического заболевания формируют особую группу, которой не показаны радикальные методы лечения. Именно поэтому появляется необходимость в обязательной морфологической верификации выявленных патологических очагов подозрительных на метастазы для выставления точного патоморфологического диагноза отражающего распространенность опухолевого процесса, а так же выстраивание наименьшего алгоритма диагностического поиска при отсутствии первичного очага. Решение вопроса о возможности проведения данной группе пациентов, а так же выбора вида лекарственной и/или лучевой терапии так же связано с получением материала для гистологического исследования из метастаза с последующим проведением иммуногистохимического и, при необходимости, молекулярно-генетического исследований. При этом легкие являются наиболее частой, а в некоторых случаях и единственной, локализацией метастазов при большинстве злокачественных новообразований, что связано с особенностями анатомического строения и физиологии кровеносной системы данного органа. Морфологическое подтверждение диагноза на амбулаторном этапе обследования позволяет пациенту выстроить наименьший алгоритм диагностического поиска, выставить точный клинический диагноз отражающий распространенность опухолевого процесса, получить все необходимые консультации специалистов в поликлинике с последующим направлением его в конкретное лечебное учреждение и конкретное отделение с уже назначенной ему минимальной схемой дообследования, при необхо-

димости их выполнения в условиях стационара, и схемы лечения, сокращая время пребывания пациента в стационаре, что имеет большое экономическое значение для клиники и благотворно влияет на психологическое состояние пациента, связанное с его нахождением в стационаре и отсутствием конкретного диагноза.

Материалы и методы

В период с 2010 по 2019 года в эндоскопическое отделение ГБУЗ «Челябинский Областной Клинический Центр Онкологии и Ядерной Медицины» было направлено 232 пациентов с подозрением на метастатическое поражение легкого для проведения ультразвуковой бронхоскопии (EBUS) с применением радиальных минизондов. Для проведения исследования нами было отобрано 124 пациента с гистологически верифицированным метастатическим поражением легких. Все отобранные пациенты соответствовали следующим критериям отбора:

1. При направлении на исследование у всех пациентов в диагнозе было подозрение на метастатическое поражение легкого.
2. Перед планированием EBUS всем пациентам было проведено рентгенологическое исследование грудной клетки, компьютерная томография органов грудной клетки, диагностическая бронхоскопия, общие клинические анализы крови и ЭКГ.
3. При проведении диагностической бронхоскопии отсутствовали прямые и косвенные признаки злокачественного новообразования легких.
4. Всем пациентам выполнялась EBUS. При этом в исследование включались пациенты, у которых верификация достигнута как методом EBUS, так и другими, инвазивными, методами исследований.

Группа отобранных пациентов состояла из 64 женщин и 60 мужчин в возрасте от 31 до 89 лет, средний возраст составил 65 лет. Исследование проводилось на базе эндоскопического отделения на амбулаторном этапе дообследования пациента в кабинете бронхоскопии под местным обезболиванием. Подготовка к исследованию полностью аналогична подготовке при планировании диагностической бронхоскопии и проводилась под местным обезболиванием. После диагностической бронхоскопии

проводилось ультразвуковое сканирование просвета всех визуализируемых субсегментов пораженного, по данным лучевых методов исследования, сегмента доли легкого для выявления патологического очага по стандартной методике с применением ультразвукового минизонда с частотой сканирования 20 МГц

Результаты

Все пациенты (124 человека) были традиционно разделены нами на 2 группы. Первая группа включала в себя 86 пациента у которых при EBUS получена гистологическая верификация процесса в легком. Вторая группа пациентов (38 человек) включала в себя случаи, когда методом EBUS верификация процесса в легком не была достигнута. Данным пациентам верификация патологического очага в легком достигнута другими инвазивными методами исследования — диагностические миниторакотомия, видеоторакоскопия или трансторакальная пункция.

В первой группе у 47 пациентов (54,7%) гистологическое исследование не позволило четко сформировать заключение или же указать орган-мишень выявленного метастаза в легком. Однако, в 80,9% случаев (38 пациентов) полученного материала было достаточно для выполнения иммуногистохимического исследования с определением органа-мишени. Пересмотр гистологического препарата у оставшихся 9 пациентов позволил выставить окончательный диагноз. В 95,3% случаев (82 пациента) гистологическая верификация получена в ходе единственной процедуры EBUS, у оставшихся 4 пациентов для достижения

верификации потребовалось две этапа проведения исследования. При этом в первой группе пациентов в 60,3% случаев ультразвуковой зонд располагался в центре патологического очага. У 7 пациентов после получения гистологического заключения при EBUS было проведено хирургическое удаление метастаза в легком. При этом в 100% случаев произошло совпадение гистологических заключений.

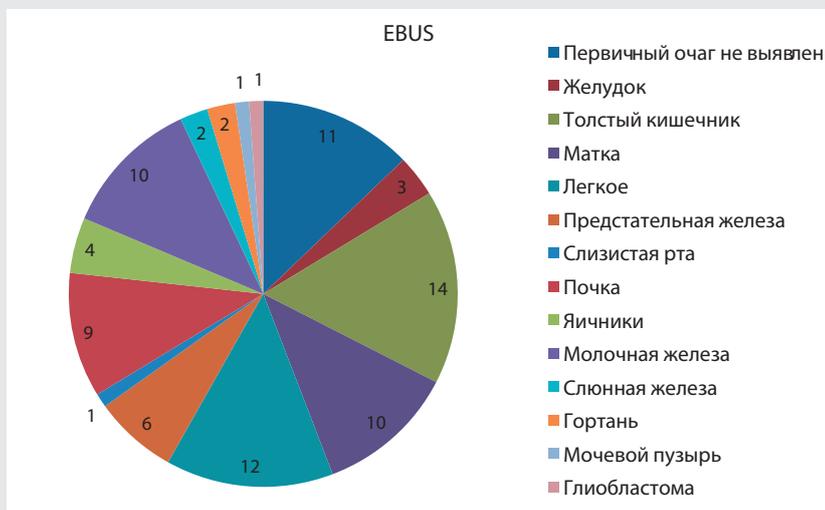
Во второй группе у 7 пациентов биопсия при проведении EBUS не бралась ввиду перибронхиальной формы роста опухоли без ультразвуковых признаков её инвазии в стенку бронха, в 23 случаях патологический очаг не был выявлен и в 1 случае взятие биопсии технически не представлялось возможным из-за выраженной деформации просвета сегмента, не позволявшей механически провести биопсийные щипцы к зоне патологического очага. В оставшихся 7 случаях при исследовании биоптатов гистологической верификации метастатического поражения легкого не получено, при этом в 72,1% случаев при исследовании данной группы пациентов ультразвуковой зонд располагался на периферии патологического очага в легком.

Данные о локализации и размерах верифицированных патологических очагов в легких при проведении EBUS в обеих группах представлены в таблице 1. Исходя из полученных результатов локализация патологического очага в нижней и средней доли легкого и имея размер более 21 мм в диаметре, по мере его увеличения, является хорошим прогностическим признаком увеличивающий вероят-

Табл. 1. Распределение пациентов по локализации и размерам патологического очага в легком

Локализация очага в легком		Общая группа	1 группа	2 группа
Правое легкое	Верхняя доля	24	12 (50%)	12 (50%)
	Средняя доля	14	11 (78,6%)	3 (21,4%)
	Нижняя доля	25	18 (72%)	7 (28%)
Левое легкое	Верхняя доля	32	22 (68,75%)	10 (31,25%)
	Нижняя доля	29	23 (79,3%)	6 (20,7%)
Размеры очага:				
до 1,0 см.		0	0	0
1,0–1,5 см.		19	4 (21,1%)	15 (78,9%)
1,6–2,0 см.		19	6 (31,6%)	13 (68,4%)
2,1–3,0 см.		42	37 (88,1%)	5 (11,9%)
3,1–4,0 см		27	24 (88,9%)	3 (11,1%)
более 4,0 см.		17	15 (88,2%)	2 (11,3%)
Итого		124	86	38

Диаграмма 1. Локализация первичного очага верифицированных метастазов в легкое



ность визуализации и гистологической верификации очага в легком. Распределение пациентов по локализациям первичного очага верифицированного при EBUS метастазов в легком представлена на диаграмме 1. При этом в 7 случаях опухолевый процесс носили первично-множественный характер. Гистологическое исследование биоптатов полученных при проведении ультразвуковой бронхоскопии позволило в 100% случаев установить точный диагноз. Из 16 пациентов направленных на исследование с подозрением на метастатическое поражение легкого без первичного очага EBUS с биопсией в 7 случаях позволила определить орган — мишень: толстый кишечник — 1, матка — 1, легкое — 1, почка — 4. В 4 случаях верифицирован впервые выявленный периферический рак легкого.

Время проведения исследования колебалось от 15 до 25 минут, в среднем составляя 20 минут, и зависело от локализации и размера патологического очага в легком, возможности использовать тубус-проводник, качества получаемого при взятии биопсии материала, поведения пациента и опыта врача-эндоскописта. Осложнения в виде кровотечения после взятия биопсии из просвета пораженного сегмента развились у 6 из 93 пациентов (6,5%) (включая 7 пациентов из 2 группы, когда верификация при EBUS не была достигнута) были купированы в ходе проведения исследования. В период после проведения исследования кровотечений не наблюдалось. Так же, в данной группе пациентов отсутствовали такие осложнения как пневмоторакс, гипертонический криз и ларингоспазм.

Закключение

1. Метод EBUS выполняясь на амбулаторном этапе дообследования пациентов с подозрением на метастатическое поражение легкого позволил нам в 81,5% случаев (101 пациент) достичь визуализации патологического очага, из них

в 92,1% случаев (93 пациента) было возможным взятие биопсии для проведения гистологического/иммуногистохимического исследования, позволившего в 92,5% случаев (86 пациентов) получить гистологическое подтверждение патологического очага в легком. Таким образом, чувствительность метода EBUS в нашем исследовании составила 69,4% случаев (у 86 из 124 пациентов)

2. Локализация патологического очага в нижней и средней доли легкого и имея размер более 21 мм в диаметре, по мере его увеличения, а так же расположение ультразвукового минизонда в центре опухоли, является хорошим прогностическим признаком увеличивающий вероятность визуализации и гистологической верификации метастазов в легком. И наоборот, локализация опухоли в верхних долях легкого имея размер менее 20 мм в диаметре с расположением ультразвукового минизонда на периферии патологического очага значительно снижает вероятность гистологической верификации процесса в легком.

3. Имея аналогичное с диагностической бронхоскопией количество осложнений при относительно небольшом увеличении времени проведения исследования ультразвуковая бронхоскопия является достаточно простой и, со временем, рутинной методикой исследования заменяющей более инвазивные, травматичные и дорогостоящие диагностические методики.

4. В случае выявления патологического очага и возможности взятия биопсии в 92,5% случаев EBUS дает возможность выставить окончательный диагноз метастатического поражения легкого с определением дальнейшей лечебной тактики еще на амбулаторном этапе обследования пациента, что дополнительно имеет большее экономическое и социальное значение для клиники и пациента.

МНОГОЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЛЁГКИХ (EBUS)

Кулаев К. И., Важенин А. В., Зуйков К. С., И. М. Юсупов И. М., Попова И. А., Пушкарёв Е. А.
ГБУЗ «Челябинский областной центр онкологии и ядерной медицины»
ФГБОУ ВО «ЮУГМУ»

📍 г. Челябинск

Актуальность

Диагностика периферических новообразований легкого является актуальной проблемой. Золотым стандартом гистологической верификации является трансторакальная пункция, но как альтернатива данной инвазивной манипуляции всё чаще применяется эндоскопическая сонография с использованием радиальных минизондов.

Цель работы

Обобщить опыт десятилетнего использования радиальной эндосонографии с целью диагностики и верификации периферического рака лёгкого.

Материалы и методы

С 2009 по 2019 год в Челябинском областном онкологическом центре на амбулаторном этапе, как дополнение диагностической бронхоскопии, выполнялось эндосонографическое сканирование легкого с целью поиска и верификации периферических новообразований. Нами применялись радиальные ультразвуковые 20 мГц зонды. Данное исследование включает в себя анализ материалов 2574 пациентов с новообразованиями легкого. Среди них мужчин было 1825 (71%) и 746 (29%) женщин. Средний возраст пациентов составил: мужчины 64,6 лет \pm 9,3 лет, женщины 65,9 лет \pm 8,4 года.

Результаты и обсуждение

Из 2574 обследованных больных ультразвуковая визуализация новообразований достигнута у 1739 пациентов (67,6%). У 835 пациентов (32,4%) новообразование не было обнаружено при ультразвуковом сканировании. Из 1739 пациентов с выявленными опухолями биопсия выполнена у 1596 (91,7%) пациентов. У 143 (8%) пациентов биопсия технически была невыполнима из-за парабронхиального расположения опухоли либо из-за инвазии новообразования в стенку сосуда. Злокачественный процесс был верифицирован у 974 пациентов или в 56% наблюдений. У 34 больных (0,2%) был верифицирован доброкачественный процесс. Характер опухолевого процесса не был установлен у 454 пациентов (28%), данным пациентам в последующем были выполнены более инвазивные процедуры.



■ Кулаев К. И.

Самой частой гистологической формой опухоли была плоскоклеточная карцинома, диагностированная у 338 (34%) больных. У 191 (21%) пациента был диагностирован немелкоклеточный рак. Аденокарцинома лёгкого выявлена у 187 (19%) больных. Нейроэндокринный рак диагностирован у 51 (5%) пациентов. Другие формы злокачественных новообразований лёгкого были верифицированы у 93 (9,5%) пациентов.

Проведен также анализ эффективности применяемого нами комплекса методов обследования больных в зависимости от размеров новообразования. Самый низкий процент успешной верификации новообразований зарегистрирован при опухолевых узлах до 2,0 см в диаметре, диагноз установлен у 33 пациентов, что составило 6,2%. От 2,1 до 4,0 диагноз верифицирован у 486 пациентов, что составляет 53,3%. Самой многочисленной группой были пациенты с размером новообразования более 4,1 см в диаметре, опухолевый процесс был установлен у 974 пациентов или в 61% случаев.

Осложнения возникли у 213 пациентов из 1596. У 8 (0,5%) пациентов был диагностирован пневмоторакс, данным пациентам потребовалось дренирование грудной полости. Симптомальное состояние зарегистрировано у 21 (1,3%) пациента. У 184 (11,5%) пациентов после биопсии опухоли возникло капиллярное кровотечение, которое у всех успешно ликвидировано эндоскопическим гемостазом. Летальных исходов не было.

Выводы

Перед бронхоскопией всем пациентам необходимо выполнять рентгенологическое исследование и компью-

терную томографию легких. Дополнение бронхоскопии ультразвуковым обследованием лёгких с помощью ультразвуковых зондов считаем целесообразным, когда размеры новообразования в лёгком более 2,0 см в диаметре.

Применение ультразвуковых зондов с целью забора материала для гистологического исследования является

высокоинформативным методом и в 61% процента случаев позволяет верифицировать процесс на амбулаторном этапе.

При бронхоскопии с использованием ультразвуковых зондов тяжелые осложнения были зарегистрированы у 8 пациентов или в 0,5% случаев.

БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТЕНОЗА БРОНХА У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЛЕГКИХ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Конакбаева Н.К.
АО «Национальный научный кардиохирургический центр»

г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Достижения медицины последних десятилетий позволяют оказывать помощь пациентам, находящимся в крайне тяжелом состоянии. При заболеваниях легких с необратимым нарушением их функции трансплантация является единственным эффективным методом лечения. Так, в нашей клинике с 2015 г. проведено 14 трансплантаций легких.

Однако, осложнения, связанные с патологией бронхов, в значительной степени ограничивают эффективность трансплантации легких. В течение нескольких десятилетий начального развития данного вида трансплантации бронхиальные осложнения являлись основной причиной (в 60–80%) неблагоприятных исходов. Несмотря на существенный прогресс в хирургической технике и появление в клинической практике новых иммуносупрессивных лекарственных препаратов, бронхиальные осложнения остаются актуальной проблемой посттрансплантационного периода [1–3]. При этом стенозы бронхов составляют наибольшую часть бронхиальных осложнений после трансплантации легких.

Точные причины стриктуры бронхов после трансплантации легких недостаточно ясны, хотя ишемическое повреждение в области бронхиальных анастомозов, отторжение трансплантата и инфекция, считаются основными причинными факторами [4].

Клинические проявления стенозов бронхов как правило начинаются спустя определенное время, уже после выписки пациента из стационара и стоит обратить внимание на тот факт, что специфических симптомов данной патологии нет. Обычно все сводится к появлению жалоб на затруднение дыхания и симптомов дыхательной недостаточности. При обращении в медицинское учреждение пациентов, перенесших трансплантацию легких с вышеперечисленными симптомами, помимо инфекционных осложнений и отторжения трансплантата, подозрение на бронхиальный стеноз довольно оправданно так как данное осложнение по данным разных авторов встречается от 7 до 29% случаях [1–3].

Для успешного лечения данного осложнения крайне необходима точная диагностика с детальным осмотром места и продолжительности стеноза, при помощи прямой бронхоскопии, а также с использованием КТ с 3D-реконструкцией [5].

В настоящей статье представлен первый опыт лечения стенозов анастомозов бронхов после транспланта-



Рис. 1. Эндоскопическая картина стеноза промежуточного бронха справа

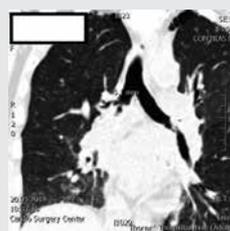


Рис. 2. исход



Рис. 3. через 2 дня после БД

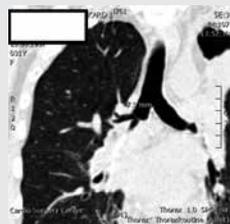


Рис. 4. через 10 дней после БД



Рис. 5. Процесс баллонной дилатации правого промежуточного бронха

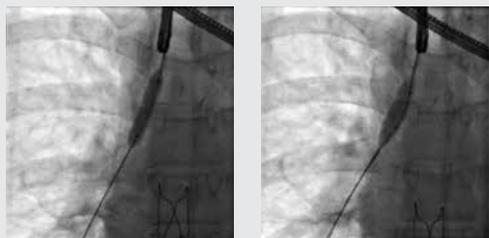


Рис. 6

ции легких при помощи бронхоскопической баллонной дилатации.

1. Пациентка Ж., 40 лет, с диагнозом «Идиопатический фиброзирующий альвеолит. ХДН 3 ст», в декабре 2016 г. после обследования в АО «ННКЦ», согласно критериям ISHLT 2016 г., была поставлена в «Лист ожидания донорских легких». В феврале 2019 года была выполнена «Билатеральная трансплантация легких, атипичная резекция язычкового сегмента левого легкого и средней доли правого легкого в условиях центрального ЭКМО (21.02.2019г)». В послеоперационном периоде пациентка находилась в отделении реанимации на ИВЛ 10 суток и после стабилизации общего состояния переведена в профильное отделение. Послеоперационный период протекал гладко, выписана с улучшением. Однако через 3 месяца пациентка госпитализируется повторно с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке, боли в грудной клетке, слабость и утомляемость. При поступлении SatO₂ 95%. ЧДД — 24/25 в минуту. Проведено КТ грудного сегмента, на котором обнаружено сужение просвета главного

бронха (Рис. 2). Через день после госпитализации была выполнена под внутривенной седацией (пропофол 200 мг дробно) диагностическая бронхоскопия, где был выявлен стеноз правого промежуточного бронха на 70%. (Рис.1).

Далее, с целью расширения просвета, была выполнена баллонная дилатация правого промежуточного бронха (процедура выполнена в рентген операционной на ангиографе с использованием видеоэндоскопического оборудования, баллонный катетер различной вариации от 7 до 9 мм в диаметре и от 20 до 30 мм в длину).

Через внутренний канал эндоскопа проведен диагностический проводник дистальнее стеноза. По проводнику введен баллонный катетер и под рентгенологическим контролем дистальный конец катетера проведен за зону стеноза, после чего под рентгенологическим и эндоскопическим контролем выполнена трехкратная баллонная дилатация правого главного бронха под давлением 7 атм. с экспозицией 15 секунд (Рис.6). После дефляции проводилась повторная дилатация катетером большего размера. При контрольном эндоскопическом осмотре с положительным эффектом, тубус аппарата (диаметр 5,4 мм) за зону стеноза проходим без усилий. Далее с целью профилактики рестеноза через 10 дней был проведен повторный сеанс баллонной дилатации. Картина на 10 день была без изменений, однако через 2 месяца развился рецидив стеноза, после чего, с целью расширения просвета бронха, произведен третий сеанс баллонной дилатации аналогичным способом (Рис. 2–5).

Заключение

Одним из осложнений после трансплантации легких являются стенозы бронхиальных анастомозов, лечение которых возможно только лишь эндоскопически. На первом этапе лечения целесообразнее использовать баллонную дилатацию бронхов, т. к. данный метод является наиболее быстрым, безопасным и доступным способом по восстановлению проходимости просветов дыхательных путей, практически сразу облегчающий дыхание и снимающий, связанные со стенозом, симптомы дыхательной недостаточности. Хотелось бы добавить, что не всегда удается восстановить приемлемую проходимость бронхов с первой попытки, в таких ситуациях дилатацию проводят в несколько этапов, как это произошло в нашем случае и что нашло отражение в работе J. De Gracia et al (2006) [6].

Литература

1. Santarcuz JF, Mehta AC. Airway complications and management after lung transplantation: ischemia, dehiscence, and stenosis. *Proc.Am.Thorac. Soc.* 2009 Jan 15; 6 (1): 79–93. DOI: 10.1513/pats.200808–094GO
2. Machuzak M, Santacruz JF, Gildea T, Murthy SC. Airway Complications After Lung Transplantation. *Thorac.Surg.Clin.*2015; 25 (1): 55–75.doi: 10.1016/j.thor-surg.2014.09.008
3. FitzSullivan E, Gries CJ, Phelan P, Farjah F, Gilbert E, Keech JC et al. Reduction in Airway Complications After Lung Transplantation With Novel Anastomotic Technique. *Ann. Thorac. Surg.* 2011 Jul; 92(1): 309–315. doi10.106/j.athorascr.2011.01.077
4. Chhajed PN, Malouf MA, Tamm M, Spratt P, Glanville AR. Intreventional bronchoscopy for the management of airway complications following lung transplantation. *Chest* 2001; 120:894–9
5. Hasegawa T, Iacono AT, Orons PD, Yousem SA. Segmental nonanastomotic bronchial stenosis after lung transplantation. *Ann Thorac Surg* 2000; 69(4): 1020–4
6. J. De Gracia, M. Culebrasa, A. Alvarez, E. Catalan, D. De la Rosa, J. Maestre, M. Canela, A. Roman. Bronchoscopic ballon dilatation in the management of bronchial stenosis following lung transplantation. *Respiratory medicine* 2007; 101, 27–33.

ТОНКОИГОЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗМЕРОВ ОЧАГА

Малихова О.А., Черкес Л.В., Юричев И.Н., Савосин Р.С.
НМИЦ онкологии им.Н.Н.Блохина Минздрава РФ

г. Москва

Реферат

Метастатическое поражение лимфатических узлов средостения в онкологической практике прежде всего ассоциируется с раком легкого. Рак легкого — актуальная проблема здравоохранения, по показателю смертности лидирует среди других онкологических заболеваний, несмотря на определенные успехи химиолучевой терапии в сочетании с хирургией. Основными способами повышения эффективности лечения являются ранняя диагностика, а также всестороннее обследование, цель которого: выявление, морфологическая верификация и комплексная оценка распространенности опухолевого поражения.

Эндосонография с тонкоигольной пункцией (ЭУС-ТИП или ЭБУ-ТИП) является одной из методик, которая может быть применена для контролируемого получения материала из первичной опухоли для морфологического исследования при центральном раке легкого в случаях возникновения диагностических затруднений, а также из локорегионарных и отдаленных метастазов при условии их эндосонографической визуализации.

Стадирование по N-критерию является критичным при решении вопроса о резектабельности опухоли. Низкий уровень морфологической верификации диагноза рака легкого, не превышающий 74% и трудности объективного N-стадирования требуют совершенствования диагностических методик. Пункционные методики под контролем эндосонографии рассматриваются в настоящее время как дополнительные, однако их чувствительность и специфичность по данным опубликованных исследований зарубежных авторов превышает таковые при медиастиноскопии.

Цель исследования

Определить корреляцию результативности пункции с размерами пунктируемого очага

Задачи исследования

Сравнить результативность транспищеводной и трансbronхиальной пункции под контролем ЭУС в зависимости от размеров пунктируемого очага

Результаты

За период 2019 года в НМИЦ онкологии им.Н.Н. Блохина выполнено 82 транспищеводных и 56 трансbronхиальных пункций при внутригрудной лимфаденопатии. Результативность пункций оказалась схожей и составила 78% при ЭБУС-ТИП и 82% при ЭУС-ТИП.

Из 138 пациентов, включенного в анализ, размер объекта пункции был различным и зафиксирован в пределах от 9 до 60 мм в наибольшем измерении.

Из 113 наблюдений, где получен информативный ответ, средний размер опухолевого очага составил $31,7 \pm 11,7$ мм, в группе с неинформативным ответом — $18 \pm 4,5$ мм (Табл. 1).

При проведении статистической обработки данных было выявлено, что в группе с неинформативными цитологическими заключениями размер опухолевого очага был меньше и это различие статистически значимое ($p < 0,0001$).

Из 138 наблюдений, где материал, полученный при ЭУС-ТИП, был направлен на гистологическое исследование, полученные результаты были информатив-

Табл. 1. Информативность цитологического морфологического исследования по биопсийному материалу у 138 пациентов в зависимости от размера объекта пункции

Информативность	n (138)	Среднее значение	Значение p
И+	113	$31,7 \pm 11,7$	p < 0,0001
И-	25	$18 \pm 4,5$	

Табл. 2. Информативность гистологического исследования по биопсийному материалу у 138 пациентов в зависимости от размера объекта пункции

Информативность	n (138)	Среднее значение	Значение p
И+	102	32,8±11,8	P = 0,02
И-	36	28,1±12,8	

ны в 102 случаях (74%), неинформативны — в 36 (26%). В группе, где получен информативный гистологический ответ, средний размер опухолевого очага составил 32,8±11,8 мм, в группе с неинформативным ответом — 28,1±12,8 мм (Табл. 2).

При проведении статистической обработки данных видим сходные с цитологическим исследованием результаты — выявлено, что в группе с неинформативными заключениями размер опухолевого очага был меньше и это различие статистически значимое ($p=0,02$).

Заключение

Проведенный анализ показал, что размер патологического очага может влиять на информативность тонкоигольной пункции в получении адекватного материала для цитологического исследования: чем меньше размер пунктируемого очага, тем больше вероятность получить неинформативное заключение цитологического исследования. Аналогичная закономерность установлена относительно гистологического исследования биопсийного материала, полученного при тонкоигольной пункции.

ЗОНДОВАЯ КОНФОКАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ЭНДОМИКРОСКОПИЯ ПРИ РЕДКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ

Маменко И. С.^{1,2}, Васильев И. В.¹, Табанакова И. А.¹, Гасанмагомедов С. М.¹, Беляев Г. С.¹, Яблонский П. К.^{1,2}

¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский Научно-Исследовательский Институт Фтизиопульмонологии» Министерства Здравоохранения России

² Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский факультет

г. Санкт-Петербург



■ Маменко И. С.

■ Васильев И. В.

■ Табанакова И. А.

■ Гасанмагомедов С. М.

■ Беляев Г. С.

■ Яблонский П. К.

Актуальность

Зондовая конфокальная лазерная эндомикроскопия (КЛЭМ) — эндоскопический метод прижизненной диагностики тканей на микроскопическом уровне с использованием минизондов. Для исследования дыхательных путей и альвеол данная технология в используется в ограниченном количестве специализированных центров, в связи с чем в мировой практике на настоящий момент накоплено мало опыта по использованию этой методики для диагностики заболеваний легких.

На наш взгляд КЛЭМ может быть перспективна для мининвазивной диагностики редких заболеваний легких, имеющих специфические патоморфологические и эндомикроскопические паттерны.

Цель данного сообщения на основе собственных наблюдений продемонстрировать эндомикроскопическую картину при различных редких заболеваниях легких, которая повлияла или, в дальнейшем при накоплении опыта, сможет повлиять на установление верного диагноза.

Клинический случай № 1

Пациентка 31 года, курильщица, выполнила ФЛГ по поводу жалоб на эпизоды повышения температуры до 37,8 С, на котором были отмечены инфильтративно-очаговые изменения в легких. Данных за туберкулез не получено, отправлена в СПбНИИФ для дообследования и верификации диагноза. При КТ ОГК выявлены множественные очаги, тонкостенные воздушные полости и умеренная лимфаденопатия (Рис. 1). Пациентке принято решение выполнить КЛЭМ и чрезбронхиальную биопсию легкого.

После стандартной бронхоскопии и осмотра бронхиального дерева через инструментальный канал введен конфокальный зонд Alveoflex, осмотрены сегменты 2,3,6,8,9,10

правого легкого. При КЛЭМ отмечено наличие большого количества клеточного компонента (5 баллов) во всех исследуемых зонах, обнаруживаемого наиболее часто у курильщиков за счет флуоресценции, индуцированной накоплением в макрофагах табачных смол. Также отмечены гигантские высокофлуоресцирующие клетки (до 73,1µm), истонченные альвеолярные стенки и альвеолы расширенного диаметра с вязким слизистым секретом (наиболее вероятно соответствующие внутрилегочным кистам) (Рис. 2). Мы нашли описание схожей картины только в одной научной статье у пациентов с лингерангсклеточным гисти-



Рис. 1. КТ картина множественных очагов, инфильтратов и воздушных полостей

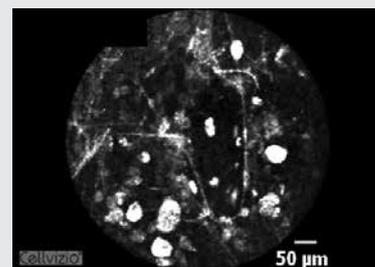


Рис. 2. КЛЭМ-картина множественных гигантских высокофлуоресцирующих клеток на фоне фиброза

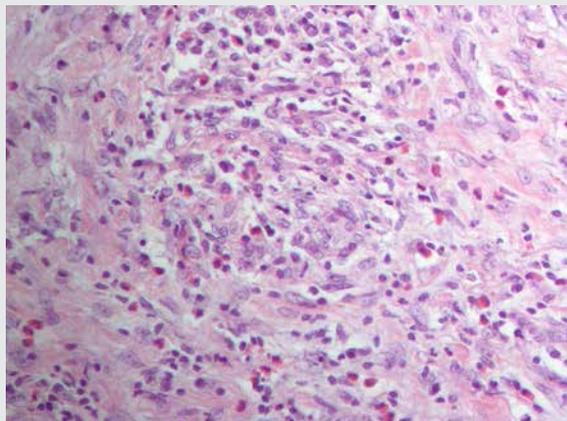


Рис. 3. Очаги с клетками гистиоцитарного ряда и очаговой инфильтрацией эозинофильными лейкоцитами, окр. гематоксилином и эозином, х 200



Рис.4. КТ картина множественных полостных образований в нижних долях обоих легких

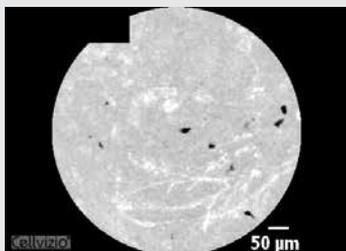


Рис. 5. КЛЭМ-картина флуоресцирующих клеток на фоне дезорганизации эластиновых волокон

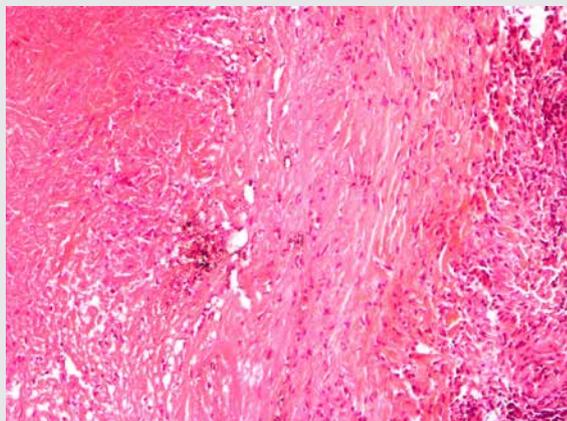


Рис.6. Некротизированные гранулемы с эозинофильными, базофильными и некротическими центрами в легочной ткани

оцитозом [1]. Из зоны наибольших изменений выполнена чрезбронхиальная биопсия. Однако материал, полученный при биопсии, не позволил однозначно высказаться в пользу какого-либо заболевания. Пациентке была выполнена торакоскопическая биопсия легкого, полученный материал и его дальнейшее иммуногистохимическое исследование однозначно подтвердили диагноз гистиоцитоза Х (Рис. 3). Пациентка была направлена в специализированный центр для дальнейшего наблюдения и лечения.

Таким образом, опираясь на данные литературы и наш опыт, можно предположить, что картина лангергансклеточного гистиоцитоза при конфокальной лазерной эндомикроскопии (в частности наличие многочисленных гигантских флуоресцирующих клеток и воздушных кист) является достаточно специфичной и может быть использована для дифференциальной диагностики с другими заболеваниями со сходной рентгенологической картиной, в частности с лимфангиолейомиоматозом.

Клинический случай № 2

У пациентки, 57 лет, страдающей ревматоидным артритом около 30 лет, с сентября 2017 года стали отмечаться очагово-инфильтративные изменения в легких. При контрольном МСКТ в декабре — изменения выросли, пациентка направлена в СПбНИИФ для морфологической верификации диагноза. При МСКТ от 01.03.2018 в нижних долях обоих легких определяются множественные полостные образования преимущественно шаровидной формы от 5 до 12 мм в диаметре с толщиной стенки 1–3мм, в паравертбральном отделе С6 правого легкого выявлено полостное образование вытянутой формы 41х7х6мм с ответвлениями, с неравномерной толщиной стенки 2–10мм (Рис. 4).

Пациентке предложена торакоскопическая биопсия правого легкого. Перед операцией в наркозе выполнена бронхоскопия с КЛЭМ, при которой отмечена дезорганизация, утолщение и увеличение количества эластиновых волокон, расширенные альвеолы с вязким секретом и многочисленные ярко флуоресцирующие клетки размерами до 30 μm (не смотря на то, что пациентка не являлась активной курильщицей) (Рис. 5). По заключению гистологического исследования операционного материала: легочная ткань с множественными нодулями, состоящая из некротизированных гранул с центральными эозинофильными и базофильными и некротическими центрами, окруженными палисадом из гистиоцитов, что наиболее соответствует поражению легкого при ревматоидном артрите (Рис. 6).

Только в одной из найденных нами научных статей было отмечено, что КЛЭМ-картина при легочных заболеваниях, ассоциированных с болезнями соединительной ткани, характеризуется дезорганизацией и уплотнением эластинового каркаса, а также наличием большого числа флуоресцирующих клеток у некурящих больных [2]. Эти характерные признаки мы наблюдали у пациентки с ревматоидным поражением легкого. По нашему мнению эти паттерны могут быть использованы для дифференциальной диагностики с другими легочными заболеваниями при схожей КТ-картине.

Клинический случай № 3

Пациентка Л., 59 лет, не курящая, госпитализирована с жалобами на одышку при минимальной физической на-

грузке, умеренную слабость, кашель, повышение температуры тела до субфебрильных цифр к вечеру. Из анамнеза заболевания известно, что в 2014 г. на фоне ОРВИ и выраженной одышки впервые были выявлены изменения в легких (по данным МСКТ), со слов обследовалась в стационаре, где было высказано подозрение на ИЗЛ, однако, изменения расценены как фиброзные после перенесенного воспаления (со слов, выписки не предоставлены). После этого несколько раз госпитализировалась с вышеперечисленными жалобами, изменения в легких сохранялись и расценивались как пневмония. С начала марта отмечает появление кашля, одышки, резкое снижение толерантности к физическим нагрузкам, повышение температуры тела однократно до 38 С. Рекомендовано дообследование и морфологическая верификация диагноза в условиях дифференциально-диагностического отделения СПб НИИФ. Из анамнеза жизни известно, что пациентка в течение 15 лет работала на свиноводческом хозяйстве, в дальнейшем до недавнего времени работала с чистящими средствами, гладкой. При выполнении МСКТ органов грудной полости 09.07.2018 г.— множественные мозаично расположенные очаги по типу «матового стекла», внутригрудная лимфаденопатия (Рис. 7). В связи с трудностями диагностики, подозрением на альвеолярный легочный протеиноз по данным МСКТ, пациентке решено выполнить бронхоскопию с КЛЭМ и чрезбронхиальной биопсией легких. При выполнении КЛЭМ 1,2,3,4,5,6 сегментов справа было отмечены такие паттерны как истончение эластических волокон, частичное нарушение альвеолярного каркаса с признаками фиброза, утолщение межальвеолярных перегородок и большое количество аутофлюоресцирующих клеток (средним диаметром 25 μm) (Рис. 8). Данные гистологического исследования биоптатов легкого оказались неспецифичными — фрагменты легочной ткани с выстилкой из бронхиального эпителия, мелкоочаговым кровоизлиянием, фокусом склероза легочной ткани с большим количеством макрофагов, лимфоцитов. Было принято решение выполнить диагностическую видеоторакоскопию с биопсией легкого и лимфатических узлов. По данным гистологического исследования операционного материала картина соответствующая десквамативной интерстициальной пневмонии (Рис. 9).

По данным научной литературы картина КЛЭМ при интерстициальных пневмониях наиболее часто характеризуется изменениями эластинового каркаса, а не легочным компонентом [3]. Мы же выявили, что картина такого редкого заболевания как десквамативная интерстициальная пневмония даже у некурящей больной характеризуется выраженным флюоресцирующим клеточным компонентом, что может в дальнейшем использоваться для дифференциальной диагностики интерстициальных пневмоний.

Заключение

Представленные клинические случаи иллюстрируют характерную КЛЭМ картину при ряде редких патологий легких. Выявленные признаки заболеваний при подробном изучении в дальнейшем могут лечь в основу дифференциальной диагностики без необходимости выполнять биопсию легочной ткани. Необходимы дальнейшие исследования на большем клиническом материале для выявления специфических паттернов при различных болезнях легких.



Рис.7. КТ картина множественных мозаично расположенных очагов по типу матового стекла

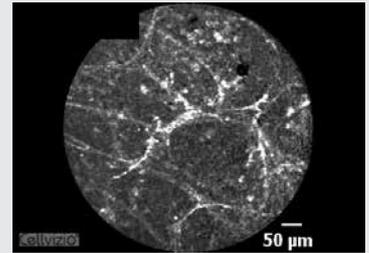


Рис.8. КЛЭМ-картина множественных флюоресцирующих клеток на фоне утолщенных межальвеолярных перегородок

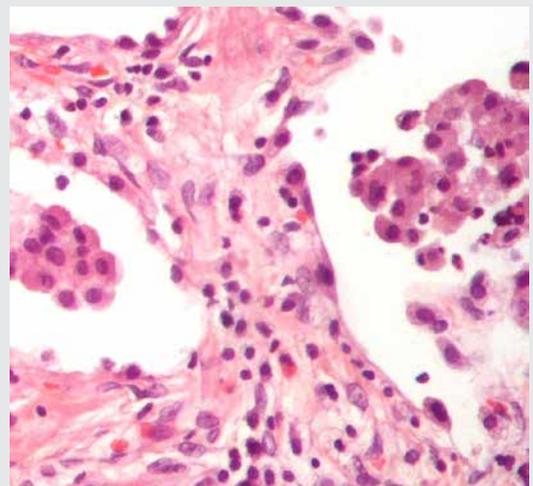


Рис. 9. Макрофаги в альвеолах, утолщение межальвеолярных перегородок, окраска гематоксилином и эозином, x 200

Список литературы

1. Данилевская О. В., Аверьянов А. В., Черняев А. Л. и соавт. Морфометрические взаимосвязи между данными конфокальной лазерной эндомикроскопии нижних дыхательных путей, компьютерной томографии высокого разрешения и световой микроскопии у пациентов с диффузными паренхиматозными заболеваниями легких. Практическая пульмонология. № 152–65 с., 2019.
2. Salaün M., Guisier F., Dominique S., et al. In vivo probe-based confocal laser endomicroscopy in chronic interstitial lung diseases: Specific descriptors and correlation with chest CT. *Respirology*. 2019 Aug;24(8):783–791.
3. Meng P, Tan GL, Low SY et al. Fibred confocal fluorescence microscopy in the diagnosis of interstitial lung diseases. *J Thorac Dis*. 2016 Dec;8(12):3505–3514

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЭТАПНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ

Новикова Н.В.¹, Новиков В.Н.^{1,2}

¹ Городская клиническая больница им. С. Н. Гринберга

² ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е. А. Вагнера Минздрава России

г. Пермь



■ Новикова Н.В.

В настоящее время растет количество пациентов, находящихся на продленной искусственной вентиляции легких, что связано с особенностями оказания хирургической и консервативной медицинской помощи при ряде патологических состояний. Основные причины продленной искусственной вентиляции легких в Пермском крае: сочетанная травма 29,3%, черепно-мозговая травма 18,9%, инсульт 5,7% [2]. В настоящее время в многопрофильных больницах инсульт как причина продленной искусственной вентиляции легких приближается к 20%.

По данным литературы, частота постинтубационных и посттрахеостомических трахеальных осложнений колеблется от 1 до 19% [1], в клиниках города Перми — 4% [3].

Цель настоящей работы

Оптимизация этапной реабилитации трахеостомированных пациентов с инсультом и снижение смертности в этой группе больных путем использования в лечебном процессе эндоскопических технологий.

Материал и методы

В отделение неврологии регионального сосудистого центра городской клинической больницы им. С. Н. Гринберга за 2018–2019 гг поступило 1427 пациентов с инсультом, из которых умерло 252 (17,7%). Из них 120 — в острейшем периоде, в первые дни госпитализации в реанимационное отделение. Продолжительность искусственной вентиляции легких у больных с инсультом от 3 до 120 суток (в среднем 10). В неврологическое отделение переведены 216 пациентов с трахеостомой в острой стадии ишемического инсульта (чаще кардиоэмболического), а также после геморрагического инсульта. У большинства пациентов этой группы имелся бульбарный синдром, причиной которого явились: стволовой инсульт, выраженный отек мозга, рас-

пространенное поражение, хирургическое вмешательство. Питание у 104 осуществлялось через гастростому, наложенную пункционным путем, у 112 — через назогастральный зонд. Возраст больных от 32 лет до 101 года (средний 77 лет) мужчин было 91, женщин — 125.

Результаты и их обсуждение

Основные задачи эндоскопической помощи в отделении неврологии: 1. диагностика, лечение и профилактика постинтубационных и посттрахеостомических осложнений; 2. динамическое определение функций гортани (в том числе защитной); 3. обеспечение питания пациентов.

Процедуры проводились в лечебных палатах, оснащенных функциональными кроватями. Использовали видеоскопы, но чаще, учитывая ограниченность пространства, фиброэндоскопы с автономным источником освещения (Рис. 1). При эндоскопическом исследовании у наших пациентов диагностированы следующие изменения: диффузный катарально — гнойный эндобронхит I и II степени — у всех трахеостомированных, эрозивный трахеит (Рис. 2) — 3, поверхностные язвы трахеи (Рис. 3 а, б) — 4. Глубоких язвенных дефектов, которые в ряде случаев являются признаком хондроперихондрита, не было. Лечение эрозивно — язвенного трахеита осуществлялось следующим образом: ежедневные лечебно — диагностические бронхоскопии, смена типа и размера трахеостомического устройства, ингаляционная терапия, антибактериальные препараты.

Важнейшей задачей реабилитации пациентов с тяжелым инсультом безусловно является профилактика постинтубационных осложнений на основании ряда принципов. При появлении стойкой очаговой гиперемии, фибринового налета или эрозий в гортани при интубации эндотрахеальной трубкой считаем показанной срочную трахеостомию. Плановая трахеостомия целесообразна на 4–6 сутки интубации трахеи эндотрахеальной трубкой. Считаем необходимым использовать трахеостомические устройства из термопластичного материала с углом отклонения трахеальной части 105 градусов, имеющие конический расширитель и манжету низкого давления. Очень важно осуществлять постоянный контроль давления в манжете трахеостомической трубки с помощью специального манометра, которым должно быть укомплектовано каждое отделение неврологии, и занесение величины показателя в лист интенсивного наблюдения. Давление в манжете не должно превышать 30 мм рт. ст., что определяется величиной капиллярного давления в системе бронхиальных артерий (М.А. Гриппи,

2000). Сразу же после восстановления спонтанного дыхания нужно удалить воздух из манжеты и использовать устройство с внутренней канюлей. Заполнение манжеты показано только пациентам с дисфагией на момент кормления через естественный путь.

Соблюдение принципиальных положений не отменяет общие правила ухода за больным с трахеостомой: строгое соблюдение правил асептики при всех внутритрахеальных манипуляциях; постоянный контроль за состоянием трахеальной стенки, просвета трахеи и бронхов; регулярная замена трахеостомического устройства в зависимости от его технических характеристик; санация гортани и трахеи проксимальнее манжеты; адекватное увлажнение и подогрев дыхательной смеси (искусственный нос); санация трахеобронхиального дерева; своевременное назначение антибактериальной терапии.

Важнейшим моментом реабилитации больных с инсультом является определение функций гортани. Нами разработан способ ретроградного осмотра гортани, который осуществляли следующим образом:

Аспирировали содержимое желудка и удаляли назогастральный зонд, а при наличии гастростомы аспирировали содержимое желудка и обеспечивали декомпрессию. Удаляли трахеостомическую трубку. Анестезировали стенку трахеостомического свища и трахею путем аппликации 10% раствора лидокаина. После проведения через свищ и осмотра трахеи и видимых бронхов эндоскоп разворачивали в проксимальном направлении (Рис. 4) Осматривали проксимальную часть трахеи и гортань, определяли величину голосовой щели, подвижность ложных и истинных голосовых складок во время дыхания и фонации (Рис. 5) В полость рта шприцем вводили 3–4 порции по 10 мл слабо окрашенного метиленовым синим физиологического раствора. Визуально фиксировали защитную реакцию голосовых складок и миграцию тестовой жидкости в трахею. Качественная градация количества тестовой жидкости имеет следующие категории: миграции тестовой жидкости в трахею нет, миграция незначительного количества тестовой жидкости (как правило через дефект смыкания малых размеров в области межчерпаловидной перемычки) (Рис. 6), миграция значительного количества тестовой жидкости (в варианте аспирации либо регургитации).

Ретроградный осмотр гортани гибким эндоскопом через трахеостомический свищ расширяет возможности осмотра дистальной поверхности голосовых складок, позволяет более объективно оценить защитную функцию дыхательного пути, уменьшает инвазивность исследования и сложность местного обезболивания.

Обеспечение питания больных осуществляли через назогастральный зонд у 112, через гастростому, выполненную пункционным способом, (Рис. 7) — у 104. На наш взгляд гастростома имеет преимущества перед назогастральным зондом в плане отсутствия негативного воздействия на структуры гортано — глотки.

При обеспечении оптимального функционирования трахеостомы и профилактике трахеальных осложнений необходимо учитывать особенности медикаментозной терапии у пациентов с инсультом. Обязательным компонентом лечения являлась терапия, направленная на улучшение артериального кровотока и перфузии (деагреганты, антикоагулянты, поддержание оптимального артериаль-



Рис. 1. Гибкий эндоскоп с автономным источником освещения

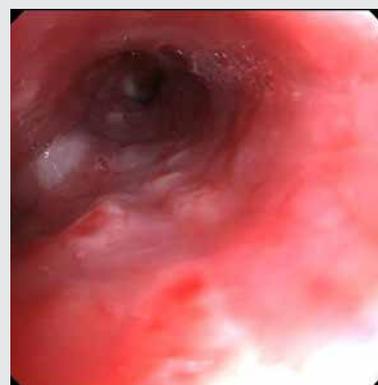


Рис. 2. Эрозивный трахеит



Рис. 3а. Язва гребня бифуркации трахеи



Рис. 3б. Язва трахеи



Рис. 4. Схема ретроградного осмотра гортани через трахеостомический свищ



Рис. 5. Парез левой голосовой складки



Рис. 6. Миграция незначительного количества тестовой жидкости в гортань и трахею



Рис. 7. Гастростома, выполненная пункционным способом

ного давления), а также нейрометаболические препараты группы холина (цитиколин, холина альфосцерат).

Проводилась адекватная нутритивная поддержка через назогастральный зонд или гастростому.

Обращают на себя внимание и особенности реабилитационных мероприятий у пациентов с инсультом. Занятия с логопедом, направленные как на восстановление функции артикуляционного и глотательного аппаратов (логопедический ручной и зондовый массаж, артикуляционная гимнастика, электростимуляция мышц гортани, вокалотерапия, тренировочное кормление), так и воздействие на центральные механизмы регуляции (совместно с психологом). Лечебная физкультура, включала дыхательную и глазодвигательную гимнастику, у 100% пациентов, а также раннюю активную и пассивную вертикализацию.

Результат реабилитации этой группы тяжелых больных, исход у которых ранее, как правило, был фатальным, внушает сдержанный оптимизм. Из 216 больных 120 (56%) в стабильном состоянии выписаны домой или переведены для дальнейшего восстановления в отделение реабилитации, 96 (44%) — умерли (в основном от прогрессирующих сосудистых нарушений). Из 120 выписанных у 77 (64%) в полном объеме были восстановлены: вентиляция легких, функции гортани и глотание. У 43 (46%) сохранялись нарушение глотания и защитной функции гортани, что обусловило сохранение трахеостомы и питания через гастростому. В последующем у части больных эти функции восстановились.

Тяжелые трахеальные осложнения (рубцовый стеноз трахеи, трахео — пищеводный свищ) в этой группе больных нами не отмечены. Тогда как в группе более молодых пациентов с токсической энцефалопатией и другими тяжелыми поражениями головного мозга за этот же период у 3 был выявлен рубцово — грануляционный стеноз трахеи и у 1 — трахео — пищеводный свищ.

Выводы

1. Правильно организованное и качественно выполненное применение эндоскопических технологий в комплексной этапной реабилитации трахеостомированных пациентов с инсультом позволяет избежать значимых трахеальных осложнений, оптимизировать процесс реабилитации и улучшить его результат.

2. Использование предложенного способа эндоскопического контроля защитной функции гортани упрощает исследование, позволяет своевременно корректировать лечебную тактику и упрощает принятие решения.

Литература

1. Богданов А. Б. Интубация трахеи / А. Б. Богданов, В. А. Корячкин // СПб.: Санкт-Петербургское книжное изд. — 2004. — 183 с.
2. Тришкин Д. В. Постинтубационная болезнь трахеи (этиология, патогенез, топическая диагностика, эндоскопическое и хирургическое лечение, профилактика): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Д. В. Тришкин — Пермь, 2007. — 39 с.
3. Тришкин Д. В. Профилактика постинтубационных гортанных и трахеальных осложнений / Д. В. Тришкин, В. Н. Новиков, Т. И. Лебедева // Пермск. мед. журн. — 2006. — Т. 23. — № 2. — С. 102–105.

ОПТИМИЗАЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ГРУПП РИСКА РАЗВИТИЯ РАННИХ ФОРМ РАКА ЛЕГКОГО

Омарова Х.З., Курбанова З.В., Дибирова З.М., Далгатов Г.М., Исрапилов М.М., Курбанисмаилова М.Г., Багаудинова С.Г.
Дагестанский центр грудной хирургии, ДГМУ (кафедра факультетской хирургии), ГБУ РД РДЦ

г. Махачкала

Актуальность

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в структуре заболеваемости злокачественными опухолями рак лёгкого (РЛ) в настоящее время вышел на одно из первых мест. В России он находится на втором месте в общей структуре онкологических заболеваний и на первом (31%) среди злокачественных опухолей у мужчин. Остающаяся нерешённой на сегодняшний день проблема ранней диагностики рака лёгкого приводит к тому, что основная масса больных (более 75%) поступает в специализированные лечебные учреждения в III–IV стадиях заболевания.

Цель исследования

Повысить роль скрининговых исследований для комплексной диагностики ранних форм рака легкого.

Материалы и методы исследования

Всего за 2019 год произведено 171 фибробронхоскопических исследований. Больные были включены в группы риска по следующим критериям:

- 1). возраст пациента свыше 40 лет;
- 2). клинически обоснованные подозрения в отношении рака легкого, на основании клинических симптомов или рентгенологических данных;
- 3). клиническая необходимость в проведении стандартной диагностической фибробронхоскопии;
- 4). наличие показаний для проведения биопсии стенки бронха;
- 5). способность физически перенести процедуру;
- 6). добровольное информированное согласие на проведение исследования.

Критериями исключения были определены:

- 1). риск развития осложнений в результате увеличения продолжительности диагностической процедуры;
- 2). нестабильная стенокардия;
- 3). нарушения мозгового кровообращения;
- 4). декомпенсированная и субкомпенсированная моно — и полиорганная недостаточность;
- 5). не корригируемая коагулопатия;
- 6). предшествующие осложнения во время бронхоскопических процедур;
- 7). выраженный болевой синдром;
- 8). проведение специального противоопухолевого лечения в последние полгода, предшествующие исследованию.

Выявление и учет лиц, страдающих этими заболеваниями, имеет важное практическое значение и может быть использовано при формировании групп высокого риска:

- 1 группа: доброкачественные новообразования легких;
- 2 группа: острая затянувшаяся или хронически рецидивирующая пневмония;
- 3 группа: хронические неспецифические заболевания легких;
- 4 группа: туберкулез легких

Основными клиническими критериями раннего рака легкого явились относительно небольшие размеры первичной опухоли, отсутствие признаков метастазирования, возможность стойкого предсказуемого излечения после радикальной операции.

Для раннего, центрального рака было характерно преобладание опухолей эндобронхиальной формы роста (44,4%), при которой наблюдались четыре типа «роста: плоскоинfiltrативный, узелковый, полиповидный и узловый. Форма и тип роста опухоли определяют глубину инвазии стенки бронха, т. е. фазу развития опухоли. Все неузловые опухоли находились в интрабронхиальной фазе, в то время как узловой эндобронхиальный рак в половине случаев, а также все опухоли перибронхиальной и смешанной формы роста имели экстрабронхиальную фазу развития. Для раннего периферического рака было характерно преобладание опухолей железистого строения (55,4%), отсутствие связи с просветом бронха (88,8%), преимущественная локализация в кортикальной зоне легкого (70%), относительно редкое развитие полостной формы (5,2%).

Выводы

1. При любой форме роста наиболее рационально сочетанное использование данных методов бронхобиопсии, приводящие к морфологической верификации диагноза у 93,15% больных.

2. При распознавании ранних форм периферического рака легкого чувствительность методов морфологической верификации соответствует 8,4% для цитологического исследования мокроты, она возрастает при использовании чрезбронхиальных способов забора материала и составляет 14,1% для щеточной биопсии и 50,0% для щипцовой биопсии. Несмотря на ограниченную чувствительность, все эти методики отличаются высокой специфичностью (97,9–100%) и точностью (85,2–100%), поэтому отказ от них не оправдан.

КЛИНИКО-БРОНХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ (ПСЕВДООПУХОЛЕВЫХ) ОБРАЗОВАНИЙ ТРАХЕИ И БРОНХОВ

Паламарчук Г. Ф.³, Герасин А. В.¹, Деревянко А. В.², Сайденкова М. С.³, Нагорная О. А.⁴, Судомоин Д. С.⁵

¹ НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. И. П. Павлова

² ПСПбГМУ им. И. П. Павлова

³ СЗГМУ им. И. И. Мечникова

⁴ Городской клинический онкологический диспансер

⁵ Городское противотуберкулезное отделение

г. Санкт-Петербург

В клинической практике врачу-эндоскописту (bronхологу) нередко приходится встречать образования трахеи и бронхов, подозрительные на опухоли. Приводим краткую характеристику опухолеподобных образований, при которых требуется дифференциальная диагностика с истинными опухолями дыхательных путей (ДП).

Рубцово-грануляционные стенозы трахеи в большинстве случаев являются поздним осложнением продолжительной ИВЛ через эндотрахеальную или трахеостомическую интубационную трубку. Указание на ИВЛ в анамнезе объясняет этиологию таких стенозов без морфологического подтверждения. При отсутствии ИВЛ в анамнезе рубцово-грануляционные стенозы подозрительны в отношении их опухолевой, туберкулезной или постсклеромной этиологии. Биопсия позволяет исключить опухоль и подтвердить инфекционную (воспалительную) природу изменений в зоне стеноза. При выраженном стенозировании просвета трахеи следует учитывать, что выполнение биопсии опасно в отношении кровотечения, реактивного отека тканей и представляет риск для жизни больного. Поэтому изначально применяются различные способы хирургической и/или эндоскопической реканализации стеноза.

Склерома (риносклерома) — инфекционное заболевание ДП, возбудителем которого является *Klebsiella rhinoscleromatis* (ранее палочка Фриша-Волковича). При трахеобронхоскопии (ТБС) на всем протяжении ДП, от преддверия носовых ходов, носоглотки и гортани до трахеи и бронхов, определяются бугристые инфильтративные изменения слизистой оболочки (СО), выступающие в просвет. При гистологическом исследовании биоптатов выявляются клетки Микулича, происходящие из ретикуло-эндотелиальной системы. В дальнейшем инфильтративные изменения трансформируются в рубцовые с формированием постсклеромного стеноза трахеи и бронхов. Для склеромы характерна эндемичность — Западная Украина и Белоруссия, Восточная Европа, Южная и центральная Аме-

рика, что следует учитывать при клинической диагностике заболевания.

Амилоидоз трахеи и бронхов характеризуется отложением белкового вещества (амилоида) в подслизистом слое ДП при отсутствии системного амилоидоза. При ТБС определяются пристеночные образования сероватой окраски, на широком основании, покрытые интактной СО. При гистологическом исследовании биоптатов обнаруживают аморфное вещество (амилоид) с положительной окраской конго красным. Амилоидоз считается предшественником остеохондропатии трахеи и бронхов.

Остеохондропатия трахеи и бронхов (*остеопластическая трахеобронхопатия*) при ТБС обнаруживается в виде множественных бугорковых образований желтоватого цвета в области хрящевых полуколец трахеи и главных бронхов при неизменной мембранозной стенке. Этиология неизвестна. При прогрессирующем течении заболевания из бугорковых образований формируются опухолеподобные конгломераты, суживающие просветы трахеи и бронхов. В биоптатах из бугорков при гистологическом исследовании определяют хрящевидные и остеонидные элементы, подтверждающие диагноз.

Гранулема бронхов на фоне инородного тела образуется при давно аспирированных инородных телах, особенно органических, и обнаруживаются при ТБС в виде гранулематозного образования, обтурирующего просвет бронха, в сочетании с гнойным эндобронхитом. Отсутствие опухолевой ткани в биоптатах и обнаружение фрагментов инородного тела подтверждают воспалительную природу гранулемы.

Псевдоопухолевая форма туберкулеза образуется при пенетрации казеозных масс в просвет бронха из пораженных лимфатических узлов через лимфо-бронхиальный свищ. Казеозные массы в сочетании с грануляциями трудно отличить от эндобронхиальной формы рака легкого.

Псевдоопухолевая форма саркоидоза развивается при слиянии бугорковых (пролиферативных) образований

на фоне других эндоскопических признаков саркоидоза: гиперваскуляризации СО и сужение просветов бронхов за счет давления извне увеличенными лимфатическими узлами.

Решающее значение в диагностике туберкулеза и саркоидоза придается биопсии с гистологическим исследованием биоптатов. Известным морфологическим признаком этих заболеваний является гранулема из эпителиоидных клеток, с казеозным некрозом при туберкулезе и отсутствием его при саркоидозе.

Бронхолитиаз бронха — это наличие известкового петрификата (камня) в просвете бронха, который пенетрирует из пораженных туберкулезом трахеобронхиальных лимфатических узлов. Бронхолит в сочетании с грануляциями подозрителен в отношении опухоли бронха, которую исключают с помощью биопсии. Обнаружение бронхолита возможно при обычной и компьютерной томографии (КТ).

Интратрахеальный зуб является разрастанием ткани щитовидной железы в подслизистом слое трахеи и обнаруживается при ТБС в виде узла на широком основании, выступающего в просвет трахеи в области заднебоковой, чаще левой стенки в шейном отделе. СО над образованием не изменена. Эндоскопическая биопсия опасна из-за риска кровотечения. Так как интратрахеальный зуб в 2/3 случаев сочетается с наружным зубом и встречается в эндемичных зонах ведущей является клиническая диагностика заболевания. (Перельман М.И., 1973).

Таким образом, бронхологическая диагностика псевдоопухолевых образований ДП должна проводиться после интегративной оценки данных анамнеза, клинических симптомов и результатов рентгенологического исследования, особенно КТ. Эндоскопические изменения при различных опухолеподобных образованиях представлены на рисунке.

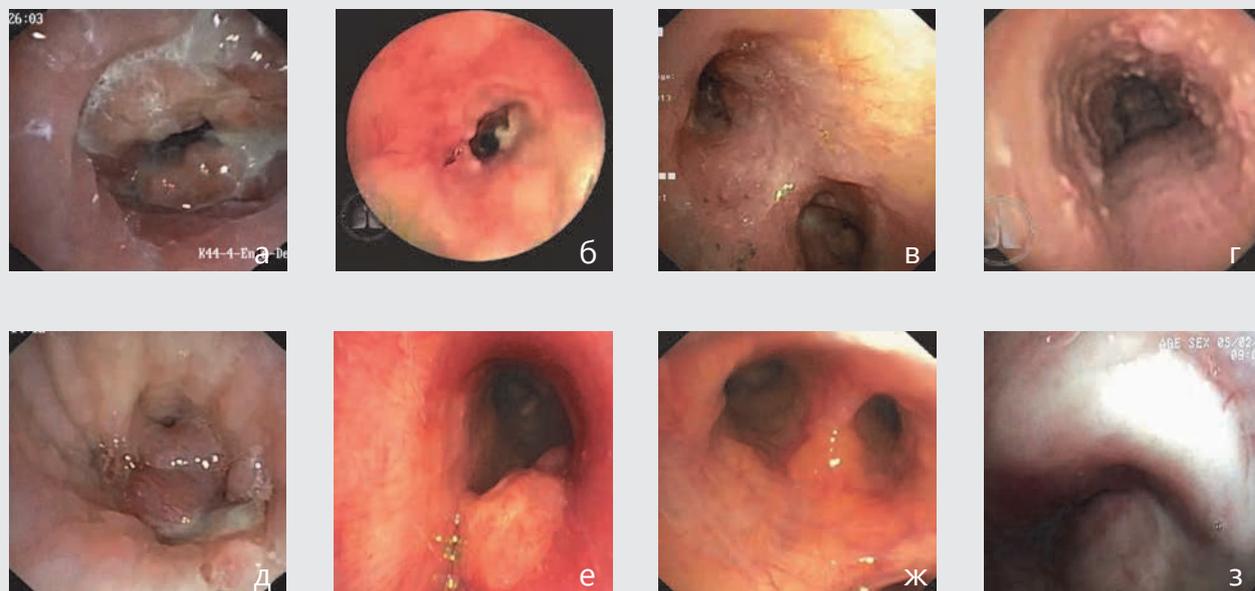


Рис. 1. Эндоскопические изменения при опухолеподобных образованиях ДП:
а) посттравматический рубцово-грануляционный стеноз трахеи;
б) склерома трахеи с формированием стеноза трахеи;
в) амилоидоз бронхов;
г) остеохондропатия трахеи;
д) гранулема на фоне инородного тела;
е) псевдоопухолевая форма туберкулеза;
ж) псевдоопухолевая форма саркоидоза;
з) интратрахеальный зуб.

РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ — ГРАНУЛЕМАТОЗ С ПОЛИАНГИИТОМ (БОЛЕЗНЬ ВЕГЕНЕРА), ПРОЯВЛЕНИЯ В ТРАХЕЕ И БРОНХАХ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Попова Е. А., Тинькова В. В., Лехляйдер М. В.
ГБУЗ «Челябинский областной клинический противотуберкулезный диспансер»

г. Челябинск



■ Попова Е. А.

Гранулематоз с полиангиитом (ГПА) (гранулематоз Вегенера) относится к системным васкулитам, ассоциированным с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА)-тяжелым полиорганным заболеванием. Распространенность заболевания составляет 8,5 на 1 000 000 населения (5–10), средний возраст $45 \pm 1,2$, наиболее распространен — в странах Северной Европы, доля мужчин составляет 64%. Заболевание редко встречается в рутинной лечебной практике и всегда вызывает трудности в диагностике у врачей различных специальностей. При этом заболевание имеет, как правило, прогрессирующий характер, и его прогноз во многом определяет скорость диагностики и правильное назначение индукционной терапии. Но при этом, постановка диагноза требует проведения большого количества инструментальных вмешательств.

Типичным проявлением является поражение легких, почек, кожи и ЛОР — органов. Но в настоящее время течение заболевания изменилось. В последние годы данное заболевание может манифестировать изолированным поражением легких, и лишь впоследствии имеет развернутую картину системного заболевания.

Поражение легких характеризуется некротизирующим гранулематозным воспалением, которое при рентгенографическом исследовании определяется в виде узлов или инфильтратов, склонных к распаду и формированию полостей, что способствует появлению кровохарканья и легочного кровотечения. При выявлении инфильтративных изменений в легких прежде всего проводится дифференциальная диагностика с неспецифическим воспалительным процессом (пневмония), туберкулезом, онкопатологией.

Трахеобронхиальное дерево является вторым наиболее часто поражаемым участком грудной клетки при ГПА. Вовлечение трахеи обычно происходит при полиорган-

ном поражении, хотя были описаны случаи изолированного поражения крупных дыхательных путей. Пациентам с неспецифическими симптомами, включая одышку, хриплость и стридор, могут даже установить диагноз бронхиальной астмы. Поражение трахеи (присутствует в 16–23% случаев) может быть сегментарным, очаговым или многоочаговым, но обычно моноочаговым, протяженностью в трахее 2–4 см. Подскладочная часть трахеи поражается чаще всего. Утолщение стенок трахеи обычно концентрическое, слизистая может быть гладкая или бугристая. Типичным является вовлечение задней мембранозной части трахеи, тем самым помогая отличить ГПА от других заболеваний, таких как рецидивирующий полихондрит и остеохондропластическая трахеобронхопатия, для которых не характерно поражение этой области трахеи. При поражении дистальных дыхательных путей развивается гранулематозный стеноз бронхов и бронхоэктазы, что может привести к обструктивному ателектазу или пневмонии. Стеноз наблюдается у 18% пациентов с поражением дыхательных путей, и часто разрешается при адекватном лечении. Но длительно текущий стеноз может потребовать установки стента или оперативного лечения.

Для постановки диагноза ГПА требуется документирование гранулематозного воспаления с участием дыхательных путей и васкулита сосудов малого и среднего размера. Гранулематозный васкулит характерен, но не всегда присутствует. Гранулематоз Вегенера имеет много гистопатологических особенностей. В легких это могут быть артерии, вены, капилляры, дыхательные пути, интерстиций и плевра. Пораженные сосуды показывают трансмуральную инфильтрацию стенки воспалительными клетками с образованием микроабсцессов, что приводит к тромботической окклюзии, разрыву и кровотечению. Отличительные микроабсцессы и палисадные гранулемы, являющиеся результатом первичного некроза коллагена, встречаются у 75% пациентов с активным ГПА. Характерны некротические гранулематозные поражения. Несколько других гистологических вариантов (например, бронхоцентрические, эозинофильные, криптогенные организаторские пневмониеподобные и капилляритовые варианты) встречаются реже. Компактные гранулемы саркоидного или туберкулезного типа встречаются очень редко.

Клинический случай

Пациентка В., 1952 г. р., поступила 10.12.2018г в ГБУЗ «Челябинский областной клинический противотуберку-

лезный диспансер» с жалобами на кашель со слизистой мокротой с прожилками алой крови, одышка при подъеме на 2 этаж.

Из анамнеза известно, что в 2015 г. установлен диагноз — гранулематоз с полиангиитом (болезнь Вегенера) с поражением легких, глаз, ЛОР — органов, суставов, почек. Диагноз подтвержден при видеоторакографии с биопсией легкого. Состоит на учете у ревматолога. Получала преднизолон 5мг 2т утром, азатиоприн 1т*2р с положительной динамикой.

В конце октября 2018г появилось кровохарканье — появление прожилок алой крови в мокроте. Проведена СКТ легких 15.11.2018г — признаки очаговых изменений в легких, наиболее вероятно проявление основного заболевания (Рис.1,2). Консультирована фтизиатром, 29.11.18г проведен «Диаскинтест»- гиперемия 8мм. Учитывая принадлежность к группе риска (длительный прием преднизолона), направлена в диагностическое отделение ГБУЗ «ЧОКПТД» для дифференциальной диагностики туберкулеза и прогрессирования ГПА.

18.12.2018г под местной анестезией выполнена видео-бронхоскопия с осмотром в режиме NBI. В трахее в подскладочном отделе на уровне первого хрящевого полукольца с захватом мембранозной части, на протяжении 2 см, имеются концентрически расположенные разрастания гранулематозной бугристой ткани, сужающие ее просвет на 1/3 (Рис. 3,4,5). Слизистая здесь бугристая,

гиперемирована, с изъязвлениями, покрытыми фибрином, сосудистый рисунок не просматривается, контактно кровоточит. Средняя и нижняя трети трахеи — интактны. Карина утолщена за счет наличия гранулематозных разрастаний и инфильтрации слизистой, малоподвижна. Справа просвет главного бронха сужен на 1/2, слизистая устьев главного, верхнедолевого, промежуточного бронхов и сегментарного бронха В6 инфильтрирована, бугристая, изъязвлена, сосудистый рисунок не просматривается, контактно кровоточит (Рис. 6,7,8,9). Нижележащие бронхи средней и нижней доли справа — интактны. Мокрота слизистая в умеренном количестве. Слева слизистая устья верхней трети главного бронха также инфильтрирована, бугристая, изъязвлена, сосудистый рисунок не просматривается. Взята щипцовая биопсия трахеи, ПГБ, ЛГБ.

При гистологическом исследовании стенки бронха выявлено: «Выстилающий эпителий цилиндрический многоядный, с примесью бокаловидных клеток. Базальная пластинка эозинофильная, извитая, утолщена. Под базальной пластинкой определяется эпителиоидно-клеточный бугорок с примесью гигантских многоядерных макрофагов типа клеток Лангханса и клеток инородных тел. Стромальный компонент с очагами фиброза, множеством сосудов, диффузной лимфоцитомоклеточной инфильтрацией с примесью гранулоцитов, эпителиоидных клеток, гигантских многоядерных



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3

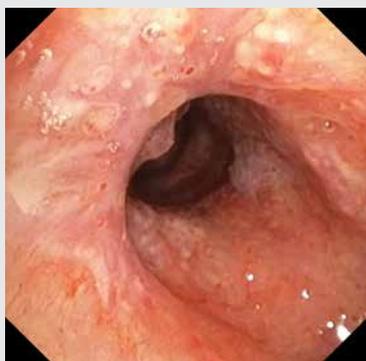


Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6

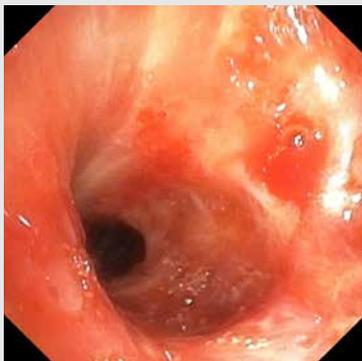


Рис. 7

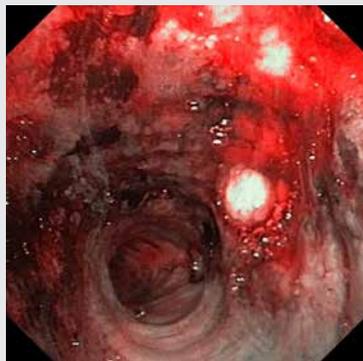


Рис. 8

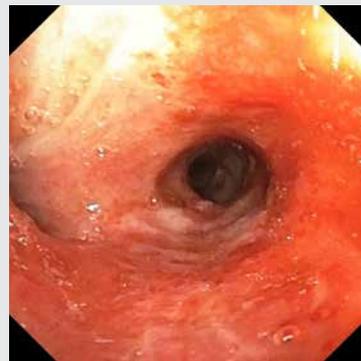


Рис. 9

макрофагов типа клеток Ланганса и клеток инородных тел.. При окраске по Циль-Нильсен фуксинофильных палочек выявить не удалось. Исследование материала методом ПЦР на ДНК *Mycobacterium tuberculosis complex*: МТВ не обнаружен. Заключение: в биоптате картина гранулематозного бронхита высокой степени активности с продуктивной тканевой реакцией. Учитывая клинические данные, описанные изменения соответствуют АНЦА-ассоциированному гранулематозу с полиангиитом.

На основании клинико-лабораторных данных, пациентке установлен клинический диагноз: МЗ1.3 АНЦА-ассоциированный гранулематоз с полиангиитом (Вегенера) с поражением легких, бронхов, глаз, ЛОР- органов, суставов, почек. ДН 0ст.

Выводы

ГПА и туберкулез могут иметь сходные клинические и гистологические данные.

Неправильный диагноз туберкулеза у пациента с ГПА может привести к задержке соответствующей терапии с развитием осложнений. Этот случай подчеркивает важность рассмотрения ГПА в дифференциальной диагностике пациентов с симптомами кровохаркания, длительного кашля, синдрома полостей в легких. Сопоставление клинической картины, тщательный анализ симптомов заболевания, расширенный диагностический поиск, совместное обсуждение больного специалистами разного профиля позволяют не только своевременно установить правильный диагноз, назначить адекватную терапию, но и способствовать улучшению прогноза этого тяжелого заболевания.

МОДИФИЦИРОВАННАЯ МЕТОДИКА БИОПСИИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ БРОНХОСКОПИИ С ЭНДОСОНОГРАФИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ ПОЛОЖЕНИЯ ЭНДСКОПИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТА В ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ОЧАГЕ

РЕЗУЛЬТАТЫ 1 ЭТАПА КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Пушкарев Е. А., Важенин А. В., Кулаев К. И., Зуйков К. С., Юсупов И. М., Попова И. А., Кулаев А. И.
ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»

г. Челябинск

Введение

Проблема диагностики и лечения злокачественных новообразований легких, трахеи и бронхов является крайне актуальной в России и в мире. По данным Каприна А.Д., в 2017 году в России злокачественные новообразования бронхов, трахеи и легкого в 2017 г. заняли третье место в структуре онкологической заболеваемости среди двух полов, составив 10,1%. В структуре смертности от злокачественных новообразований опухоли данной локализации лидируют в течение последних нескольких лет.

Морфологическая верификация диагноза злокачественных новообразований легких, трахеи и бронхов в 2017 году составила 77,8%, что является одним из самых низких значений среди онкологической патологии. Такая частота верификации актуальна для центрального расположения опухолей легких, трахеи и бронхов, в случае периферической локализации новообразований процент верификации гораздо ниже. Согласно данным профессора Kurimoto и ряда других авторов, верификация злокачественного процесса при периферической локализации в легком колеблется от 30 до 85%.

Одной из причин столь низкого значения частоты верификации является то, что при периферическом расположении новообразования в легком выполнение биопсии производится без визуального контроля. Так каким же образом возможно визуально контролировать забор морфологического материала при выполнении ультразвуковой бронхоскопии?

Материалы и методы

В условиях эндоскопического отделения ГБУЗ «ЧОКЦО-иЯМ» было разработано, спроектировано и изготовлено специальное устройство – дистальный колпачок для бронхоскопа – благодаря которому во время проведения ультразвуковой бронхоскопии становится возможным сонографический контроль проведения и раскрытия биопсийных щипцов непосредственно в опухолевой ткани. Исследование проводилось на базе эндоскопического отделения ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины» в 2019 году. В ис-

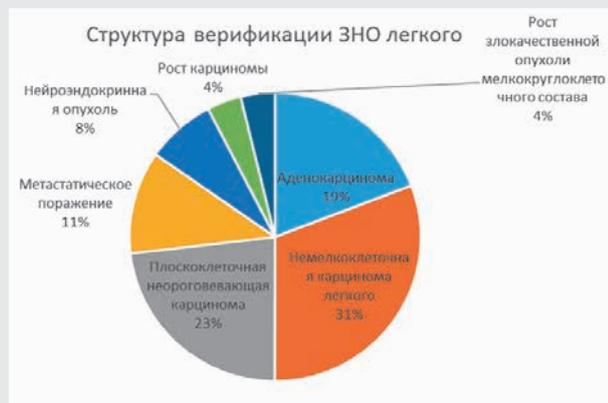


Пушкарев Е. А.

следование включены 39 пациентов с подозрением на периферическое злокачественное новообразование легких. На амбулаторном этапе этим пациентам были выполнены: МСКТ органов грудной клетки и бронхоскопия с ультразвуковым сканированием периферического новообразования в легких.

После выполнения биопсии морфологический материал направляется на гистологическое и, в случае необходимости, на иммуногистохимическое исследование. Диагноз злокачественного новообразования был верифицирован в 66,7% случаев. Наиболее частым вариантом гистологического заключения была немелкоклеточная карцинома легкого, встречалась в 30,9% случаев. Плоскоклеточная неороговевающая карцинома была выявлена в 23,2% случаев. Аденокарцинома легкого той или иной степени дифференцировки верифицирована у 19,2%. Вторичное метастатическое поражение легочной ткани выявлено у 11,4% пациентов: выявлены метастаз недифференцированной плеоморфной саркомы, метастаз карциномы молочной железы, метастаз аденокарциномы толстой кишки. Нейроэндокринная опухоль верифицирована у 7,7% пациентов. Также встречались варианты гистологического заключения: рост карциномы - 3,8% и рост злокачественной опухоли мелкокруглоклеточного состава выявлены в 3,8% случаев. В 33,3% случаев диагноз злокачественного новообразования не был установлен.

Нами была также оценена эффективность ультразвуковой бронхоскопии без применения специального дисталь-



Структура верификации злокачественных новообразований легких представлена на диаграмме.

ного колпачка для бронхоскопа, проводимой в условиях эндоскопического отделения ЧОКЦОиЯМ - вероятность верификации за период с 2009 по 2019 год составила 61%. Таким образом, применение модифицированной мето-

дики получения материала под эндосонографическим контролем на 1 этапе клинического исследования - сразу после введения в клиническую практику - позволяет повысить вероятность верификации периферических злокачественных новообразований легких на 5,7%. Накопление опыта по применению данной методики и совершенствование алгоритма ее проведения позволит улучшить информативность ультразвуковой бронхоскопии.

Проведение ультразвуковой бронхоскопии по модифицированной методике относительно легко переносилось пациентами. В 5,1% случаев было выявлено капиллярное кровотечение, успешно выполнен эндоскопический гемостаз. Никаких серьезных осложнений выявлено не было.

Выводы

Применение модифицированной методики получения морфологического материала с эндосонографическим контролем положения эндоскопического инструмента в патологическом очаге при ультразвуковой бронхоскопии позволяет повысить вероятность верификации периферических злокачественных новообразований легких на 5,7%. Данная методика удовлетворительно переносится пациентами и относительно безопасна, выявленные в 5,1% случаев осложнения успешно купируются консервативно.

БРОНХОГЕННЫЕ КИСТЫ ПИЩЕВОДА

ДВА СЛУЧАЯ ДИАГНОСТИКИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Судовых И. Е.^{1,2}, Дробязгин Е. А.^{1,2}, Чикинев Ю. В.^{2,1}

¹ ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

² ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава

📍 г. Новосибирск

Актуальность

Бронхогенные кисты, полностью располагающиеся в стенке пищевода- редкая эмбриональная мальформация. Особенно интересны случаи их обнаружения и оперативных вмешательств при таких кистах у взрослых пациентов.

Материал и методы

У двух пациентов, женщины в возрасте 61 года и мужчины 45 лет, диагностированы кисты стенки пищевода. В одном случае размер бессимптомной кисты нижней трети пищевода составил 15мм, у втором киста средней трети пищевода достигала 45мм и проявлялась дисфагией. В обоих случаях кисты визуализированы при внутрископическом эндоскопическом осмотре, подтверждены при эндоскопическом ультразвуковом исследовании с уточнением их локализации в структуре стенки пищевода (рост в направлении просвета пищевода, расположение в пределах мышечной пластинки слизистой оболочки и подслизистого слоя, без вовлечения или выхода за пределы собственного мышечного слоя пищевода). Крупная киста также визуализирована при компьютерной томографии.

Киста меньшего размера удалена эндоскопически единым блоком методом диссекции в подслизистом слое. Крупная киста также преимущественно выделена эндоскопически при диссекции в подслизистом слое пищевода, но была вскрыта, опорожнилась, просвет ее спался, что затруднило и изменило дальнейший ход вмешательства- основной фрагмент стенки кисты резецирован и отправлен на гистологическое исследование, оставшийся в стенке органа полюс кисты широко вскрыт, стенки кисты разведены и фиксированы к краям мукотомной раны.



■ Судовых И. Е.

Осложнений эндоскопического вмешательства у пациентов не зарегистрировано, послеоперационный период протекал без особенностей.

Полученные результаты

Гистологически в обоих случаях диагностированы бронхогенные кисты пищевода. Пациент с крупной симптомной кистой после операции констатировал нивелирование дисфагии.

Обсуждение

Бронхогенные кисты пищевода у взрослых пациентов встречаются редко, могут быть как асимптомными, так и сопровождаться дисфагией, иметь различные визуальные характеристики. Диагностика на предоперационном этапе сложна. Даже бессимптомные кисты пищевода нередко подлежат оперативному лечению, и окончательный диагноз определяется по результату гистологического заключения. Современные возможности внутрископической эндоскопии позволяют эффективно и малотравматично оперировать пациентов с доброкачественными поражениями пищевода.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ТРАХЕИ И БРОНХОВ

Телегина Л. В., Пирогов С. С., Водолеев А. С., Николаев А. Л., Беляева Т. В., Сухин Д. Г., Карпова Е. С., Погорелов Н. Н.
Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» МЗ РФ

г. Москва



■ Телегина Л. В.

Цель

Разработка методов эндоскопической диагностики и комбинированного эндотрахеобронхиального лечения у больных с метастатическим поражением трахеи и бронхов.

Материалы и методы

За период с 2010 по 2020 год в МНИОИ им. П. А. Герцена различные методы эндоскопической диагностики и комбинированного лечения разработаны и применены в клинической практике у 114 больных с метастатическим поражением трахеи и бронхов. Средний возраст больных составил $58,2 \pm 11,6$ лет. Метастазы (МТС) почечно-клеточного рака были выявлены у 35 пациентов; аденокарциномы кишечного типа — у 24; рака молочной железы (РМЖ) — у 30; рака щитовидной железы (РЩЖ) — у 18; околоушной слюнной железы — у 1; меланомы — у 2; саркомы мягких тканей и костей — у 4 больных.

Эндоскопическое лечение было проведено 61 пациенту: при МТС почечноклеточного рака — у 25; аденокарциномы кишечного типа — у 14; РМЖ — у 5; рака щитовидной железы — у 12; околоушной слюнной железы — у 1; саркомы мягких тканей и костей — у 4 пациентов.

Для проведения эндоскопической диагностики и эндотрахеобронхиального лечения нами были использованы: фибро- и видеобронхоскопы фирмы «OLYMPUS» (Япония); Nd: YAG-лазерные установки: UNILAS-60 (Германия) и УЛЭ-01 «Т-МАШ» (Россия); электрохирургический аппарат для АПК — ERBE ACC300 (Германия). Для проведения ФДТ применялись лазеры: «Кристалл» (635 и 670 нм), «Металаз-М» (635 нм) и «Лами» (662 нм) и отечественные фото-

сенсебилизаторы: Фотосенс, Радахлорин и аласенс (5-аминолевулиновая кислота).

При МТС почечно-клеточного рака, аденокарциноме кишечного типа, рака щитовидной железы, околоушной слюнной железы, саркомы мягких тканей и костей (56 больных) в 97% случаев были выявлены экзофитный или полиповидный типы роста опухоли и эндоскопическое лечение проводилось с применением методов эндотрахеобронхиальной хирургии (Nd: YAG-лазерная деструкция, петлевая электроэксцизия или электрокоагуляция).

На первом этапе лечения в этой группе больных основной целью являлось восстановление проходимости дыхательных путей в зависимости от локализации, протяженности и степени выраженности опухолевого стеноза. На втором этапе лечения, с учетом стадии и гистологической структуры опухоли, проводились хирургическое вмешательство, сочетанная лучевая терапия, эндоскопическое стентирование или химиотерапия.

При МТС РМЖ (5 больных) у подавляющего большинства (98%) пациентов наблюдался эндофитный (эндобронхиальный) тип роста опухоли и для лечения этой группы пациентов мы применяли как метод аргон-плазменной коагуляции (АПК), так и метод фотодинамической терапии (ФДТ).

Для проведения ФДТ мы использовали цилиндрический диффузор и микролинзы, в зависимости от площади поражения облучали от 2 до 4 позиций. Мощность лазера составляла от 100 до 300 мВт, плотность энергии — от 80 до 100 Дж/см².

В МНИОИ им. П. А. Герцена было разработано несколько вариантов анестезиологического обеспечения эндотрахеобронхиальных операций: местная анестезия с сохранением самостоятельного дыхания была использована при выполнении (90,3%) операций; общая анестезия (ОА) с сохранением самостоятельного дыхания — в 9,7% случаев.

Результаты

Благодаря использованию индивидуально подобранной оптимальной схемы эндоскопической реканализации удалось добиться полного восстановления просвета дыхательных путей в 96–100% наблюдений (сроки наблюдения до 3 лет). Осложнений и интраоперационной летальности зарегистрировано не было.

На втором этапе лечения у 8 (14,3%) больных, при наличии остаточной опухоли, с паллиативной целью нами выполнялось эндоскопическое стентирование HANARO-Stent (M.I. Tech, Корея).

Восстановление проходимости дыхательных путей позволило у большинства больных ликвидировать угрозу ателектаза легкого, обструктивного долевого или сегментарного пневмонита, а также обеспечило нормализацию показателей газообмена до физиологических параметров, что позволило предотвратить развитие респираторного ацидоза.

Практически у всех пациентов внутрипросветное эндоскопическое лечение сочеталось с химио-, гормоно- или иммунотерапией.

Выводы

Разработанные методы эндоскопической диагностики и комбинированного эндотрахеобронхиального лечения позволяют уменьшить число тяжелых осложнений, а также улучшить качество и продолжительность жизни у пациентов с метастатическим поражением трахеи и бронхов, ранее считавшихся инкурабельными.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ И СМЕШАННЫМИ СТЕНОЗАМИ ТРАХЕИ И БРОНХОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ИЛИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Телегина Л. В., Пирогов С. С., Водолеев А. С., Николаев А. Л., Беляева Т. В., Сухин Д. Г., Карпова Е. С., Погорелов Н. Н.
Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» МЗ РФ

г. Москва



■ Телегина Л. В.

Цель

Разработка методов эндоскопической диагностики и лечения у больных с сложными рубцовыми и/или смешанными стенозами трахеи и бронхов после хирургического или комбинированного лечения.

Материалы и методы

За период с 2000 по 2020 год в МНИОИ им. П. А. Герцена высокотехнологичные методы комбинированного лечения разработаны и применены в клинической практике у 31 больного с рубцовыми и смешанными стенозами трахеи и бронхов. Средний возраст больных составил $52,1 \pm 10,5$ лет. Рубцовый стеноз трахеи был выявлен у 8 пациентов после сочетанной лучевой терапии (ЛТ) в суммарной очаговой дозе (СОД) от 60 до 90 Гр, проведенной при раке трахеи (1 группа); рубцовый стеноз области бифуркации — у 2 (2 группа) при раке бифуркации; смешанный стеноз (рубцы и/или грануляции) главных бронхов в зоне межбронхиального анастомоза после бронхопластики — у 21 больного (3 группа).

Для проведения эндоскопической диагностики и эндотрахеобронхиального лечения нами были использованы: фибро- и видеобронхоскопы фирмы «OLYMPUS» (Япония); Nd: YAG-лазерная установка: UNILAS-60 (Германия) и полупроводниковый лазер Dornier (Германия); электрохирургический аппарат для электрокоагуляции (ЭК) и АПК — ERBE ACC300 (Германия).

При стенозе трахеи после сочетанной ЛТ СОД 60–90

Гр (8 больных) у 6 больных на первом этапе нами проводилось бужирование зоны рубцовых изменений, на втором — стентирование HANARO-Stent (M.I. Tech, Корея). У 2 больных сужение просвета наступало за счет позднего постлучевого некроза и фрагментирования некротизированных участков трахеи. У этих пациентов восстановления просвета удалось добиться при помощи многократных санационных бронхоскопий, проводимых 1 раз в неделю, с удалением отделившихся фрагментов слизистой трахеи и хрящевых полуколец.

При стенозе бифуркации трахеи после сочетанной ЛТ (2 больных) восстановления просвета удалось добиться после многократного стентирования зоны бифуркации трахеи различными видами стентов. Всего таким больным на протяжении 20 лет установлено 18 стентов.

Отдельный интерес представила группа больных со смешанными стенозами главных, долевыми и сегментарными бронхов после хирургического лечения рака легкого с наложением межбронхиального или полибронхиального анастомоза и выполнения пластики бронхов (21 больной). В этой группе у 12 пациентов сужение межбронхиального анастомоза было вызвано ростом грануляций по периметру анастомоза, а у 9 больных за счет циркулярного рубцового сужения. В этой группе для удаления грануляций и рубцов мы применяли лазерную деструкцию, петлевую электроэксцизию, электрокоагуляцию или АПК.

При выполнении всех операций нами была использована местная анестезия с сохранением самостоятельного дыхания. Осложнений и интраоперационной летальности зарегистрировано не было.

Результаты

Благодаря использованию индивидуально подобранной оптимальной схемы эндоскопической реканализации удалось добиться стойкого восстановления просвета дыхательных путей у 27 (87,0%) больных (сроки наблюдения до 20 лет). У пациентов первой и второй групп после выполнения бужирования и стентирования адекватная проходимость дыхательных путей достигнута у всех пациентов (сроки наблюдения до 15 лет).

Среди пациентов третьей группы (21 больной), у тех больных, у которых стеноз межбронхиального анастомоза был связан с ростом грануляций (12 больных) также удалось добиться стойкого восстановления просвета. Из 9 больных с циркулярным рубцовым сужением межбронхиального анастомоза у 5 больных удалось сформировать адекватный просвет, сочетая методы эндоскопической реканализации с низкоинтенсивной лазерной терапией. У 4 пациентов попытки эндоскопической реканализации, проводимые на протяжении 1,5–2,0 лет были неудачными. Двое больных этой подгруппы находятся под динамиче-

ским наблюдением с диагнозом фиброателектаз оставшейся доли, двум больным выполнена повторная операция в объеме функциональной пневмонэктомии.

Выводы

Разработанные методы комбинированного эндотрахеобронхиального лечения позволяют уменьшить число тяжелых осложнений, а также увеличить продолжительность и улучшить качество жизни у пациентов с рубцовыми стенозами трахеи и бронхов после комбинированного или хирургического лечения.

ПРОВЕДЕНИЕ БРОНХОСКОПИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Штейнер М.Л.^{1,2}

¹ ГБУЗ Самарской области «Самарская городская больница № 4», врач-эндоскопист;

² ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, институт профессионального образования (ИПО), кафедра хирургии ИПО с курсом эндоскопии, доцент кафедры, д. м.н.

г. Самара

Стремительное распространения ВИЧ-инфекции в мире представляет в настоящее время одну из самых главных проблем человечества в области здравоохранения. Медленное начало и длительный латентный период затрудняют своевременную диагностику процесса, которая нередко осуществляется на этапе развёрнутой клинической картины, на фоне развития т. н. СПИД-ассоциированных заболеваний. При этом не менее чем у 80% умерших ВИЧ-инфицированных пациентов выявляется лёгочная патология [1], в диагностике и лечении которой широко используется бронхологическое пособие [2].

В научной литературе подробно освещены вопросы проведения бронхоскопии по частным вопросам диагностики СПИД-ассоциированных заболеваний [3, 4]. Однако вопросы, касающиеся места бронхологического пособия при ВИЧ-инфекции в целом, остаются недостаточно изученными. Ситуацию усугубляет отсутствие упоминаний о бронхоскопии при ВИЧ-инфекции в различных согласительных документах, в частности, в Национальных рекомендациях [5].

Целью исследования определение места бронхологического пособия в ведении пациентов пульмонологического профиля, имеющих ВИЧ-инфекцию.

Материалы и методы

Проанализированы результаты проведения 1751 бронхоскопий 1524 пациентам с ВИЧ-инфекцией, госпита-

лизованных в пульмонологические отделения стационара с различной лёгочной патологией за 15-летний период (2004–2019 г. г.). Это составило (5,07%) от общего числа бронхоскопий за данный период (34549 (100,00%)). ВИЧ-инфекция носила при этом характер сопутствующего заболевания. В 26,784% от числа бронхоскопий, сделанных ВИЧ-инфицированным пациентам (здесь 1751 бронхоскопия приняты за 100,00%), имели место различные варианты сочетаний ВИЧ-инфекции с другими медленными инфекциями, прежде всего вирусными гепатитами.

Результаты и обсуждение

По результатам анализа были выделены два основных потока пациентов: I-й поток составили пациенты с бессимптомным инфекционным носительством (Z21). Он оказался относительно небольшим — 160 бронхоскопий (9,14%), 125 пациентов). II-й многочисленный поток составили пациенты с развёрнутой картиной заболевания (B20, B21): 1591 бронхоскопий (90,86%), 1399 пациентов.

Нозологическая принадлежность этих пациентов представлена в табл. 1.

Примерно в половине случаев бронхоскопия пациентам I-го потока выполнялась по экстренным показаниям. В качестве ведущего экстренного показания отмечалась нарастающая обструкция нижних дыхательных путей бронхиальным секретом, сопровождающаяся быстрым прогрессированием дыхательной недостаточности и (или)

Табл. 1. Нозологическая принадлежность пациентов I-го потока

№	Нозологическая принадлежность	Количество бронхоскопий
1.	Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ)	88 (55,000%)
2.	Бронхиальная астма	57 (35,625%)
3.	Сочетание бронхиальной астмы и ХОБЛ	13 (8,125%)
4.	Инородное тело трахеобронхиального дерева	1 (0,625%)
5.	Аденома бронха	1 (0,625%)
Общее количество бронхоскопий у пациентов I-го потока:		160 (100,000%)

нарушениями сознания различной степени (оглушённость — сопор — кома) при неэффективной естественной (в т. ч. и медикаментозно стимулированной) экспекторации (79 бронхоскопий (49,375%), 66 пациентов). В единственном случае бронхоскопия была выполнена в экстренном порядке в связи с аспирацией инородного тела (1 бронхоскопия (0,625%), 1 пациент).

В остальных случаях бронхоскопия пациентам I-го потока выполнялась по следующим плановым показаниям:

1) Клинические ситуации, сопровождающиеся нарастанием патологически изменённого бронхиального секрета на фоне недостаточности собственной экспекторации (69 бронхоскопий, (43,125%); 57 пациента);

2) Уточнение генеза бронхообструктивного синдрома (11 бронхоскопий (6,875%); 11 пациентов).

Единственной причиной повторных бронхологических вмешательств у пациентов I-го потока: явилось сохраняющееся нарушение экспекторации на фоне массивной обтурации нижних дыхательных путей бронхиальным секретом.

Пациентов II-го потока можно было условно разделить на две основные группы: группу IIA, куда вошли пациенты с ранее установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция» (657 бронхоскопий (37,522%), 602 пациента) и группу IIB, которую составили пациенты с впервые установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция» в пульмонологическом стационаре (934 бронхоскопии (53,341%), 797 пациентов). Общим в подходах ко всем бронхологическим вмешательствам пациентам II-го потока явилось отсутствие экстренных показаний и обязательное использование диагностического бронхоальвеолярного лаважа с последующим определением в полученном биоматериале кислотоустойчивых микобактерий (КУМ).

Однако подход к плановым показаниям в двух группах несколько отличался. Плановые показания в группе IIA носили ранний характер, т. е. позволяли проводить бронхоскопию при поступлении, не дожидаясь динамики патологического процесса. Все пациенты этой группы были госпитализированы с диагнозом «внебольничная

пневмония», и к ним было применимо следующее показание: инфильтративный процесс в лёгких на определённом клиническом фоне (ВИЧ-инфекция, ХОБЛ, язвенная болезнь, сахарный диабет, анемия, наркомания, алкоголизм) (657 бронхоскопий (37,522%), 473 пациента). В данном случае таким фоном выступала ВИЧ-инфекция. Кроме этого имели место два конкурирующих плановых показания, которые тоже являлись ранними: наличие клиничко-рентгенологического синдрома ателектаза (4 бронхоскопии (0,229%), 4 пациента) и наличие рентгенологических признаков патологических изменений корня лёгкого и структур средостения (2 бронхоскопии (0,115%), 2 пациента).

Подобный подход позволил активно выявить в процессе проведения бронхоскопии следующую патологию (табл. 2).

В группе пациентов, у которых диагноз ВИЧ-инфекции был впервые установлен в пульмонологическом стационаре (группа IIB), подходы к проведению бронхоскопии были несколько иными. Плановые показания условно можно было разделить на ранние и отсроченные. В качестве ранних показаний, позволявших привлекать возможности бронхоскопии сразу же при поступлении пациентов в стационар, фигурировали:

1) инфильтративный процесс в лёгких на определённом клиническом фоне, причём в качестве фона превалировала наркомания (259 бронхоскопий (14,792%), 224 пациентов);

2) инфильтративный процесс в лёгких у лиц с определённым социальным или профессиональным статусом (104 бронхоскопии (5,940%), 91 пациент);

3) осложнённое течение инфильтративного процесса в лёгких (149 бронхоскопии (8,510%), 132 пациентов);

4) инфильтративный процесс в лёгких особой локализации (средняя доля, верхняя доля, сегмент S6, любые варианты двусторонних поражений) (144 бронхоскопии (8,224%), 126 пациента);

5) клиничко-рентгенологический синдром ателектаза (4 бронхоскопии (0,229%), 4 пациента);

Табл. 2. Результаты проведения бронхоскопии пациента группы IIA

№	Выявленные патологические процессы	Количество бронхоскопий	Количество пациентов
1.	Туберкулёз лёгких (КУМ+) (в том числе с сопутствующим туберкулёзом бронхов)	36 (3,770%) (1 (0,058%))	25 (1)
2.	Микобактериоз (M. avium +)	1 (0,058%)	1
3.	Центральный рак лёгкого	4 (0,229%)	4
4.	Лимфома средостения с прорастанием в главные бронхи	2 (0,115%)	2
5.	Инородное тело бронха	1 (0,058%)	1
6.	Эндобронхиты	613 (34,53%)	569
Общее количество бронхоскопий в группе IIA: (657 (37,522%), 602 пациента)			
Общее количество бронхоскопий у пациентов с ВИЧ-инфекцией: 1751 (100,00%); 1399 пациентов			

Табл. 3. Результаты проведения бронхоскопии пациента группы IIВ

№	Выявленные патологические процессы	Количество бронхоскопий	Количество пациентов
1.	Туберкулёз лёгких (КУМ+) (в том числе с сопутствующим туберкулёзом бронхов)	32 (1,828%) (2 (0,115%))	28 (2)
2.	Центральный рак лёгкого	5 (0,286%)	5
4.	Сочетание центрального рака лёгкого и туберкулёза лёгких	1 (0,058%)	1
5.	Инородное тело бронха	2 (0,115%)	2
6.	Эндобронхиты	894 (51,057%)	761
Общее количество бронхоскопий в группе IIВ: (934 (53,341%), 797 пациента)			
Общее количество бронхоскопий у пациентов с ВИЧ-инфекцией: 1751 (100,00%); 1399 пациентов			

6) наличие рентгенологических признаков патологических изменений корня лёгкого и структур средостения (4 бронхоскопии (0,229%), 4 пациента);

7) кровохарканье или же умеренно выраженное лёгочное кровотечение на фоне патологического процесса в лёгких (12 бронхоскопий (0,686%), 9 пациентов);

8) Любые сочетания вышеперечисленных показаний (130 бронхоскопии (7,425%), 111 пациентов).

Небольшое количество бронхоскопий в группе IIВ было выполнено по такому плановому показанию, как "Атипичное течение инфильтративного процесса в лёгких нижней доле локализации" (отсутствие динамики процесса или увеличение зоны инфильтрации лёгочной ткани) (128 бронхоскопии (12,78%), 96 пациентов). Данное плановое показание являлось отсроченным, т. е. бронхоскопия выполнялась после рентгенологического контроля.

Результаты проведения бронхоскопии в группе IIВ представлены в табл. 3.

Ведущей причиной повторных бронхологических вмешательств у пациентов II-го потока являлась необходи-

мость повторного выполнения дополнительных диагностических эндобронхиальных манипуляций, нацеленных на диагностику туберкулёзного процесса.

Полученные данные позволили предположить, что наличие ВИЧ-инфекции не даёт каких-либо чисто визуальных особенностей непосредственно в визуальной картине.

Заключение

Патогномичных эндобронхиальных симптомов ВИЧ-инфекции не было выявлено.

На стадии инфекционного носительства бронхоскопия проводится пациентам по общепринятым показаниям.

На стадии развёрнутого заболевания бронхоскопия проводится обычно в плановом порядке и направлена на диагностику СПИД-ассоциированных заболеваний, имеющих или визуальную эндобронхиальную симптоматику, или лабораторно подтверждаемых при исследовании биоматериала, получаемого в процессе проведения бронхоскопии.

Литература:

1. Зими́на В.Н., Астафьев А.В. Внебольничная пневмония у взрослых больных ВИЧ-инфекцией: особенности течения и лечения, профилактика. // Пульмонология. 2016. — Том 26, № 4. — С. 483–497.
2. Maximous S., Huang L, Morris A. Evaluation and Diagnosis of HIV-Associated Lung Disease. // Semin. Respir. Crit. Care Med. — 2016. — Vol.37(2). — P. 199–213.
3. Santoso P, Soeroto A.Y., Juniati R. et al. Improving Diagnostic of Pulmonary Tuberculosis in HIV Patients by Bronchoscopy: A Cross Sectional Study. // Acta Med. Indones. — 2017. — Vol.49 (4). — P. 330–335.
4. Sánchez-Cabral O, Martínez-Mendoza D, Flores-Bello Á.P. et al. Diagnostic discrepancy between bronchoalveolar lavage and transbronchial biopsy from bronchoscopies of HIV patients with pneumonia: toward an integral diagnosis. // HIV AIDS (Auckl). — 2018. — Vol.10. — P. 115–123.
5. Покровский В.В., Юрин О.Г., Кравченко А.Г. с соавт. Национальные рекомендации по диспансерному наблюдению и лечению больных ВИЧ-инфекцией (клинический протокол). — Москва: ООО "Боника Медика", 2016. — 72 с.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Юсупов И. М., Важенин А. В., Кулаев К. И., Зуйков К. С., Пушкарев Е. А.
ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»

г. Челябинск

Актуальность

Эндоскопическая реканализация у пациентов онкологического профиля позволяет провести химиолучевое лечение, которое ранее не было проведено по жизненным показаниям.

Цель работы

Оценка эффективности эндоскопической реканализации в сочетании с комплексным лечением.

Материалы и методы

На базе Челябинского областного центра онкологии и ядерной медицины проходила лечение пациентка К. 1982 г. р. Из анамнеза летом 2016 г появился кашель со светлой мокротой, одышка при физической нагрузке, лечилась по поводу обострения ХОБЛ (курила 20 лет по 1 пачке в день) На рентгенограммах органов грудной клетки от августа 2016 г — картина образования средостения справа. Ранее проходила комплексное лечение по поводу рака (аденокарцинома) яичников Т3N0M0 III ст в 2006 г в г. Уфа (ампутация матки с придатками, 4 курса химиотерапии). Обследована в ЧОКЦО и ЯМ: По данным компьютерная томография органов грудной клетки от 18.10.16.: Объемное образование центрального средостения с прорастанием в трахею и правый главный бронх с субтотальным сужением (конгломерат увеличенных узлов?). ФБС от 02.11.16. Опухоль средостения с прорастанием в трахею. Гистологическое заключение: плоскоклеточный рак. Выставлен диагноз: ПММР: 1) рак яичников Т3N0M0 III ст. После комплексного лечения в 2006 г. 2) центральный немелкоклеточный рак правого главного бронха с переходом на трахею T4N2M0 IIIВ ст. В ноябре 2016 общее состояние прогрессивно ухудшалось за счет нарастания дыхательной недостаточности 3 ст, ЧДД до 30 в мин в покое. Госпитализирована 15.11.16 в онкологическое отделение торакальное ЧОКЦО и ЯМ для эндоскопической реканализации и химиотерапии.

Результаты исследований

18.11.16. ФДТ: признаки злокачественного новообразования нижней трети трахеи. Сеанс фотодинамической терапии. 23.11.16. ФБС: Произведена эндоскопическая реканализация с помощью стента. С 12.12.16. по 04.03.17 проведено 4 цикла химиотерапии GP (1000 мг\м2 гемзар, цисплатин 70 мг\м2).



■ Юсупов И. М.

08.02.2017 г. На контрольной ФБС, миграция стента, удаления стента. 27.03.2017 ФБС Эндоскопическая реканализация 2-й этап. ФБС от 21.04.17.: положительная динамика. Сеанс ФДТ и АПК. Биопсия. Гистологическое заключение: морфологическая картина и иммунофенотип опухоли соответствуют плоскоклеточной карциноме в состоянии умеренного (2 степени) терапевтического патоморфоза. ПЭТ — КТ от 04.05.17: метаболически активное обызвествленное образование правой стенки трахеи с распространением на правый главный бронх (26x14мм), паратрахеального л/у (22x16мм). Метаболически активное образование переднего средостения, больше данных за персистирующую вилочковую железу. Метаболически неактивные увеличенные л/у в средостении и правом легочном корне. С 11.05.17 г. по 01.06.17 г. проведен 1 этап СПЛИТ курса ДЛТ на опухоль правого главного бронха +1.5 см, паратрахеальные лимфоузлы справа, бифуркационные, бронхопульмональные на стороне поражения в традиционном режиме фракционирования до СОД=34 Гр. С 20.06.17 по 10.07.17 проведен 2 этап СПЛИТ-курса лучевой терапии на опухоль правого главного бронха +1.5см, паратрахеальные лимфоузлы справа, бифуркационные, бронхопульмональные на стороне поражения в традиционном режиме фракционирования до СОД=40 Гр, далее локально на опухоль правого главного бронха +1.5 см до СОД=60 изоГр. 24.08.17 ФБС: сеанс ФДТ и АПК. Биопсия. Гистологическое заключение: плоскоклеточная метаплазия слизистой оболочки бронха. Отложение кальцинатов в бронхиальных железах слизистой оболочки правого главного бронха. Заключение. Методы эндоскопической реканализации позволяют восстановить просвет суженного или обтурированного бронха при центральном и раке легкого.

Компания «МедЛайн»(РФ, Томск) разработала и выпускает первый и единственный отечественный контактный литотриптор, который использует оригинальный и инновационный способ дробления камней, воздействием электрических импульсов наносекундной длительности, при котором пробой (разрушение) камня развивается не по поверхности, а в объеме камня. При этом на разрушение камня расходуется энергия, которая безопасна для окружающих тканей.

КОНКУРЕНТНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ИМПУЛЬСНЫХ ЛИТОТРИПТОРОВ:

- Отсутствие ограничений для дробления по твердости камней, дробит камни любого состава за одну операцию;
- Наличие длинных, супергибких и тонких зондов различных диаметров (от 2,0 до 8,0 Fr), позволяет проводить операции в любых органах человека;
- Легко интегрируется в любую эндоскопическую стойку;
- Имеет малый вес и габариты ;
- Безопасен для окружающих тканей, по сравнению с другими методами контактной литотрипсии (пневматическими, гидравлическими, лазерными);
- Камень в процессе разрушения не выскакивает из поля зрения оптики, так как энергия выходящего импульса небольшая;
- Процесс разрушения камня происходит за

- время, не превышающее несколько минут;
- Литотриптор не требует специальных адаптеров и постоянного сервисного обслуживания;
- Литотриптор прост и надежен в использовании – доступен для практикующего врача, имеющего опыт эндоскопических операций;
- При оценке эффективности работы импульсного литотриптора отмечено значительное уменьшение времени операции, отсутствие рецидивов, сокращение времени реабилитации пациентов после дробления.



**БОЛЕЕ 250
ИМПУЛЬСНЫХ
ЛИТОТРИПТОРОВ
«УРОЛИТ»
УЖЕ УСПЕШНО
РАБОТАЮТ
В МЕДИЦИНСКИХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ
РОССИИ И СНГ.**

БЕЗОПАСНОСТЬ Импульсный литотриптор прошел всевозможные испытания в НИИ Урологии, в МОНКИ, в НИИ Педиатрии г. Москвы и рекомендован к использованию в медицинских учреждениях. Он имеет все необходимые разрешительные документы: Регистрационное удостоверение Минздрава России № ФСР 2011/10734, Регистрационное удостоверение Минздрава России № РЗН 2011/10734, Сертификат соответствия № РОСС RU. PC52.Н 00529, лицензия №99-04-001105 от 28.03.2014 г.

НАДЕЖНОСТЬ Импульсные литотрипторы разработаны российскими учеными, инженерами и медицинскими работниками высочайшей квалификации. Первые приборы, выпущенные в 2007 году, работают до сих пор, улучшая качество жизни наших соотечественников. Литотрипторы предоставляются на месячную бесплатную апробацию.

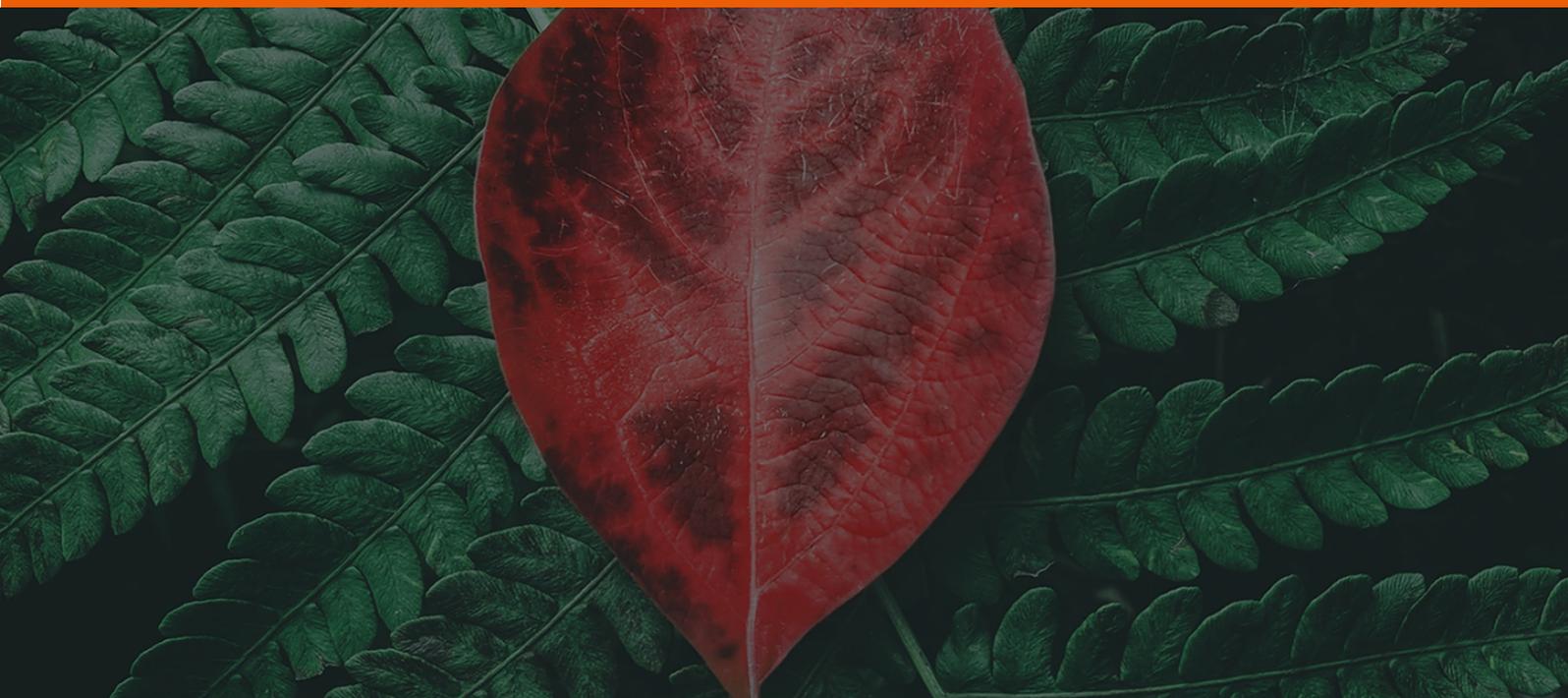
**МЫ ХОТИМ НА ДЕЛЕ ДОКАЗАТЬ,
ЧТО РОССИЙСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
ОБОРУДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОЕ
И НАДЕЖНОЕ**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ В журнале «Урология» № 3 за 2011 год вышла статья урологов из ГУ МОНКИ (г. Москва) и МУ ГБ (г. Жуковский, МО) «Трансуретральная контактная электроимпульсная уретеропиелолитотрипсия», они утверждают, что прибор позволяет раздробить и удалить более 98% мочевого камней». В журнале «Урология» № 3 за 2012 год вышла статья урологов ГКБ № 57 Департамента Здравоохранения г. Москвы (главный врач – И. А. Назаров), кафедры урологии ФМБА (зав. проф. А. Г. Мартов), кафедры эндоскопической урологии РМАПО (зав. проф. О. В. Теодорович) «Сравнительное исследование эффективности электроимпульсного и лазерного литотрипторов in-vitro», в которой сделан вывод: «Результаты исследований показывают, что для всех типов образцов камней в данном эксперименте электроимпульсный литотриптор требует существенно более низкой энергии и меньшего времени для разрушения «камень», чем лазерный литотриптор, то есть по физическим параметрам является более эффективным для их дробления», таким образом, работая нашим прибором Вы получаете наилучший результат. В журнале «Уральский Медицинский Журнал» в ноябре 2019 года вышла статья «Чресфистульное удаление желчных камней с применением наноэлектроимпульсной литотрипсии», Бабак А.И., Расковалов Д.А, Прудков М.И., в которой сделан вывод, что наноэлектроимпульсная литотрипсия – эффективный и безопасный метод дробления и для желчных камней.



актуальные вопросы
Эндоскопии
Санкт-Петербург

ПИЩЕВОД



#эндоскопия ❤️

PENTAX
MEDICAL



Авторизованный сервисный центр
Официальный дистрибьютор

**Boston
Scientific**

Официальный дистрибьютор
в России

NEW

SpyGlass™ DS

Видеохоледоскопия



Acquire™

EUS игла
для тонкоигольной
БИОПСИИ
(гистология)

NEW



Endomed

8-800-100-17-61

WWW.ENDOMED.BIZ
OFFICE@ENDOMED.BIZ

Endomed

Инсуффлятор и ирригатор



Совместимы с эндоскопами:

Pentax, Olympus, Fujifilm, SonoScape,
Aohua



Капсульная эндоскопия

Высокое качество изображения по
самой доступной **ЦЕНЕ** в России



ДИАГНОСТИКА ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА С ПОМОЩЬЮ КОНФОКАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЭНДОМИКРОСКОПИИ

Борсук А. Д., Дриго С. А., Побединский А. А.
ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»

г. Гомель, Республика Беларусь



■ Борсук А. Д.



■ Дриго С. А.



■ Побединский А. А.

Пищевод Барретта (ПБ) — одно из осложнений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), являющееся потенциально предраковым заболеванием. ПБ устанавливается при выявлении во время эндоскопического осмотра железистой метаплазии слизистой оболочки (СО) пищевода — состояния, при котором нормальный многослойный плоский эпителий замещается цилиндрическим кардиального, фундального и кишечного типов. Интерес представляет кишечная метаплазия, подверженная дисплазии и малигнизации, что обуславливает необходимость оптимизации методов ее диагностики.

Принятым стандартом в диагностики ПБ считается эндоскопическое исследование с выполнением случайных биопсий из четырех точек через каждые 2 сантиметра на протяжении пораженного сегмента (протокол Seattle). Однако в связи с мозаичностью распределения участков кишечной метаплазии, биоптаты могут не содержать образцы ткани, необходимые для установления диагноза.

Новые технологии в медицине дают возможность в значительной степени увеличить диагностическую точность проводимых исследований. Конфокальная лазерная эндомикроскопия (КЛЭМ) является принципиально новым методом диагностики, позволяющим исследовать ткани на клеточном уровне в состоянии физиологической жизнедеятельности, установить правильный диагноз во время эндоскопического исследования. В основе метода лежит способность тканей к флуоресцентному свечению при сканировании их лазером после введения в организм экзогенного флуорофора.

Поскольку КЛЭМ дает возможность оценить участок СО размерами приблизительно 0,5x0,5мм, зоны сканирова-

ния предварительно определялись с помощью уточняющих эндоскопических методик — осмотр с высоким разрешением (HD+Zoom), использованием технологии i-scan в режимах улучшения качества изображения (SE/Surface Enhancement) и улучшения оттенка цветности изображения (TE/Tone Enhancement), которые позволяли контрастировать поверхность и архитектуру СО пищевода.

КЛЭМ выполнялась пациентам с визуальными признаками железистой метаплазии. Идентификация полученных конфокальных изображений проводилась на основании анализа визуальной эндоскопической картины и данных гистологического исследования образцов ткани одного и того же участка СО пищевода.

Путем параллельного гистологического и эндомикроскопического сопоставления определялись оптические признаки, характерные для неизменной СО и всех видов железистых метаплазий. Оценивались размеры, форма, ориентация, глубина залегания клеточных структур, сосудистая архитектоника.

Признаками желудочной метаплазии были наличие регулярного призматического эпителия с округлой или овальной формы выводными протоками желез.

Наличие призматического эпителия виллезной структуры с темными, овальной формы бокаловидными клетками являлось патогномичным признаком кишечной метаплазии.

Полученные в результате исследования данные продемонстрировали высокую диагностическую точность в дифференциальной диагностике типов метаплазий, что дает основание считать КЛЭМ эффективным методом как первичной диагностики ПБ, так и последующего динамического наблюдения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКУУМНО-АСПИРАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПЕРФОРАЦИЯХ ПИЩЕВОДА И НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО АНАСТОМОЗОС

Буторин Н. Н.^{1,2}, Блохин А. А.², Резникова О. С.², Ельцов О. Т.², Рязанцев А. В.²

¹ ГБУЗ РК «РКБ им. Г. Я. Ремишевской»

² ХГУ им Н. Ф. Катанова

г. Абакан



■ Буторин Н. Н.



■ Блохин А. А.



■ Резникова О. С.



■ Ельцов О. Т.



■ Рязанцев А. В.

С 2006 года в клинической практике стал доступен новый метод эндоскопического лечения несостоятельности пищеводно-желудочный анастомозов — установка вакуумной аспирационной системы. Сущность данного метода основана на создании локального отрицательного давления, которая передается на полость затека через специальную пористую губчатую систему. Отрицательное давление, создаваемое в замкнутой полости, позволяет удалять экссудат, способствует снижению отека ткани, улучшению микроциркуляции, что в свою очередь способствует развитию грануляций и заживлению раны с разобщением свищевого хода.

Одна из первых отечественных публикаций была статья Шишина К.В. и соавт «Эндоскопическая вакуумная терапия в лечении несостоятельности анастомозов верхних отделов пищеварительного тракта. Первый опыт и обзор литературы», в которой представлены результаты лечения 5 пациентов (2016г). С этого времени в литературе постоянно появляются публикации о применении этого метода — «Ближайшие результаты лечения больных с проникающими дефектами стенки пищевода методом эндоскопического вакуумного дренирования» Кулиш П.А., Быков М.И. (2016), «Современный подход к лечению несостоятельности пищеводных анастомозов с использованием вакуумно — аспирационной системы» Старков Ю.Г. (2019) и другие. Предлагаются новые модифицированные методики, разработанные Соколовым А.А., Артёмкиным Э.Н. (2019), Старковым Ю.Г., Выборным М.И. (2019). В последние годы расширились показания к проведению вакуумной локальной терапии — вакуумная аспирационная система устанавливается не только при несостоятель-

ности пищеводных анастомозов. Описаны наблюдения успешного применения этого метода при перфорациях пищевода инородными телами, ятрогенных перфорациях, спонтанном разрыве пищевода (синдром Бурхове), бронхо-плевральных свищах (Быков М.И. 2018г)

В итоге: несмотря на то, что такая патология достаточно редка, эти заболевания наиболее часто приводят к летальным случаям у пациентов с заболеваниями пищевода, в связи с чем все случаи применения вакуумной аспирационной системы, на наш взгляд, важны для совершенствования этого метода лечения.

Материал и методы

В 2018–2019 году в ГБУЗ Республики Хакасия « Республиканская клиническая больница имени Г.Я. Ремишевской» на базе хирургического отделения было пролечено 2 пациента с использованием вакуумно-аспираторной системы.

Пациент Г., 62 года, переведён из ГБУЗ РЗ «Республиканский онкологический диспансер» с диагнозом «Рак средней трети пищевода (N3T 0M0). 10.08.2018 года пациенту проведена операция Льюиса. Послеоперационное течение осложнилось несостоятельностью пищеводно-желудочного анастомоза, эмпиемой плевры. При эзофагогастродуоденоскопии от 16.08.2018 в области пищеодно-желудочного анастомоза отверстие до 2,0 см, занимающее половину окружности, из которого поступает гной. Пациенту выполнено дренирование плевральной полости справа по Бюлау, 17.08.2018 установлена вакуумная аспирационная система- по методике, предложенной Шишиным К.В.— первым этапом проведён назоэнональ-

ный зонд, вторым этапом установлена полиуретановая губка (из набора для вакуумной терапии Renasis), обработанная в виде цилиндра, с фиксированной дренажной трубкой на уровне несостоятельности анастомоза с использованием видеогастроскопа. По дренажу постоянно создавался вакуум 100–120 мм рт.ст. Замена системы с ревизией диаметра несостоятельности производилась каждые 5 дней. 03.09.2018 года зафиксировано рубцевание несостоятельности анастомоза, вакуумная система удалена. Длительность терапии составила 17 дней.

Пациент Б., 60 лет экстренно поступил в хирургическое отделение 06.11.2019 с диагнозом «Инородное тело пищевода. Перфорация пищевода. Задний медиастенит, стадия инфильтрации». При поступлении пациенту была экстренно проведена ЭГДС с удалением инородного тела. При ревизии выявлено перфоративное отверстие стенки пищевода до 1,5 см. 06.11.2019 проведена операция: шейная боковая медиастиностомия слева по Разумовскому, дренирование заднего средостения по Каншину. 14.11.2019 Проведена санация заднего средостения, ревизия переднего средостения. Учитывая отрицательную динамику 16.11.2019 произведена гастростомия по Штамму-Кадеру (через гастростому установлен еюнальный зонд для питания). Несмотря на проводимое лечение, состояние больного ухудшалось, поэтому было принято решение об установке вакуумной аспирационной системы, что было произведено 19.11.2019 года.

Установка вакуумной аспирационной системы при наличии гастростомы значительно отличается от общепринятой методики (в предшествующих публикациях мы не встречали упоминание об этом способе):

Вначале проводится шелковая нить через гастростому, захватывается при гастроскопии биопсийными щипцами, выводится через рот, фиксируется к приготовленной вакуумной системе. Во избежание прорезывания нитью слизистой оболочки пищевода и желудка на нить сверху надевается силиконовый катетер (мы использовали катетер Нелатона).

Вторым этапом хирург подтягивает нить в катетере с вакуумной системой через гастростому до уровня 1–2 см дистальнее свища пищевода. Уровень стояния фиксируется эндоскопически с использованием видеогастроскопа, проводимого вслед за вакуумной системой.

Под эндоскопическим контролем дренажной трубкой система подтягивается так, чтобы уровень отверстия находился на уровне середины полиуретановой губки.

Дренаж проводится из ротовой полости через носовой ход. Подключается вакуум.

Особенности установки: отсутствие назогастрального зонда, этом нет необходимости проводить вместе с губкой гастроскоп, значительно увеличивается лёгкость тракции губки без эндоскопа, что в целом приводит к значительному облегчению установки вакуумной аспирационной системы и снижению времени установки (длительности наркоза).

Замена системы проводилась каждые 4–5 суток. На 23 сутки констатировано рубцевание свища. Вакуумно-аспираторная система была удалена. Больной выписан с выздоровлением.

Заключение

Применение вакуумно-аспираторной системы при несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза



Рис. 1. Этап проведения вакуумной аспирационной системы



Рис. 2. Пациент В.А. Перфорация пищевода инородным телом (куриная кость)



Рис. 3. Пациент В.А. Значительное уменьшение перфоративного отверстия пищевода после первой замены ВАС (через 5 дней)

доказало свою эффективность. Вместе с этим расширяются показания к применению этого метода, особенности установки вакуумно-аспираторной системы. Остаётся нерешённым вопрос о сроках установки вакуумной системы после выявления несостоятельности анастомоза или перфорации пищевода и имеет ли значение размер отверстия для решения проведения вакуумной терапии. Учитывая сравнительно небольшое количество случаев применения этого метода лечения, имеет смысл систематизировать и обобщить его результаты.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТЛУЧЕВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА, А ТАКЖЕ ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА, ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНЫМИ АНАСТОМОЗОМИ

Верходлиб Ю. В.
ГБУ «Курганский областной онкологический диспансер»

г. Курган



■ Верходлиб Ю. В.

Сегодня эндоскопическая служба Курганского областного онкологического диспансера позволяет оказывать широкий спектр диагностических и лечебных манипуляций.

Постоперативные стриктуры пищевода и пищеводно-тонкокишечных анастомозов, в том числе и толстокишечные, является наиболее частым осложнением оперативных вмешательств. Основной жалобой у пациентов является затрудненное прохождение пищи и опорожнение кишечника.

Баллонная дилатация в КООД выполняется с 2015 года. За период 2015 по 2019 год выполнено 70 процедур.

Все 61 пациент прооперированы по поводу злокачественного образования, в периоды от 1 месяца до 1 года у них развились стриктуры, III–IV степени, что привело к появлению жалоб на прохождение как жидкой, так и твердой пищи. При диагностическом осмотре у всех групп пациентов выявлено выраженное сужение просвета от 2 мм до 5 мм.

1 пациентке по поводу постлучевой стриктуры пищевода с 2013 года выполнялось стентирование саморасши-

ряющимся нитиноловым стентом фирмы ELLA (трижды в других ЛПУ).

Стриктура на протяжении 27–35 см от резцов, стенка пищевода рубцово изменена с мелкими дивертикулами. Проводится только ультратонкий гастроскоп (5 мм). Этапы баллонной дилатации у данной пациентки проводились в течение 6 месяцев с периодичностью от 14 дней до 1 месяца. При дальнейшем динамическом наблюдении в течение 3 лет питание удовлетворительнее, жалоб на затруднение пищи не отмечает, стриктура не рецидивирует.

Всем пациентам дилатация проводилась баллонами фирмы Boston начиная с 6 мм в несколько этапов с периодичностью 1 раз в 2 недели, под премедикацией: 2% раствор промедола, 0,1% раствор Атропина сульфата, 1% раствор димедрола за 30 минут до процедуры. В зону разрывов введен раствор преднизолона в дозе 0,2 мл. При плотных стриктурах каждый размер баллона использовался по 2 раза, пациенты отмечали, что при повторной дилатации дискомфорт испытывали значительно меньше.

У пациентов с протяженной стриктурой использовался баллон длиной 8 см.

Использовались баллоны с проводниками и без, процедура выполнялась под контролем эндоскопии.

Проводник проводился за зону стриктуры, по проводнику устанавливался баллон, затем с помощью специального устройства (многоразовая ручка) баллон заполнялся водой, выдерживалась экспозиция 30 секунд, при выраженном болевом синдроме экспозиция уменьшалась до 15–20 секунд, с повтором размера до 2 раз, как правило, при повторном раздувании баллона болевой синдром уменьшался и экспозиция выдерживалась до 30 секунд.

Табл. 1

Всего	Постлучевая стриктура на фоне лечения ЛГМ (лимфогранулетатоза)	Пострезекционная тостокишечная стриктура	Постоперационные теннозы у детей	Пищеводные, пищеводно-желудочные, пищеводно-кишечные стриктуры
70	3 женщины	3 мужчин	3 (1 ребенок 3 месяца, 1 ребенок 9 месяцев, 1 ребенок 9 лет)	61

После выполнения поэтапной дилатации баллон извлекался и выполнялся осмотр зоны стеноза, в места разрывов вводился препарат преднизолон из расчета 0,2 мл в один разрыв. Пациенту назначался препарат Нексиум в дозе 20 мг в сутки, диета. Повторный этап дилатации проводился через 10–14 дней.

Всем пациентам проводилась терапия ингибиторами протонной помпы (препарат Нексиум в дозе 20 мг в сутки) длительно до 3–4 месяцев

Пациенты после гастрэктомии, с выявленными рубцовыми стриктурами пищеводно-тонкокишечного анастомоза в первые 3–6 месяцев со стенозом III–IV степени, также поэтапно выполнена баллонная дилатация баллонами фирмы Boston, после предварительной рентгеноскопии и ЭФГС. Все пациенты одновременно получали полихимиотерапию. Все пациенты наблюдались эффект сохранялся через 6 месяцев и год.

1 пациенту выполнен 2 этапа дилатации до 10 мм, и 15 мм, в последующем не проводилась в связи с прогрессированием заболевания (множественные метастазы печени, высокой температурой, тяжестью состояния), на фоне дилатации питание пациента улучшилось, пациент умер от прогрессирования заболевания.

Пациентам с толстокишечными стриктурами, выявленными впервые 3 месяца после операции, процедура выполнена без госпитализации в отделение во время контрольного осмотра, болевого синдрома не отмечено, для сохранения эффекта хватило 2 процедур.

Выводы

Баллонная дилатация доброкачественных и злокачественных стриктур является эффективным и безопасным методом восстановления просвета органов желудочно-кишечного тракта. Процедура баллонной дилатации, при соблюдении всех этапов, переходом от минимального размера баллона к большему, является безопасным методом лечения стриктур полых органов и анастомозов. Для исключения глубокого надрыва или разрыва стенки органа, очень важно в отделении иметь весь набор размерного ряда баллонов, это позволит избежать форсированной дилатации баллоном неподходящего размера.



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4

ОПЕРАТИВНАЯ ЭНДОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА. ОПЫТ 1000+ ЛИГИРОВАНИЙ

Габриэль С.А., Дынько В.Ю., Гучетль А.Я., Тлехурай Р.М., Беспечный М.В.
ГБУЗ «Краевая Клиническая Больница №2» МЗ Краснодарского Края (ГБУЗ «ККБ№2»)

г. Краснодар



■ Габриэль С.А.

Введение

Варикозное расширение вен пищевода, как осложнение портальной гипертензии является одной из актуальных, сложных и нерешенных проблем современной медицины. За последние десятилетия во всех странах мира отмечается рост числа больных циррозом печени — наиболее частой причины развития портальной гипертензии. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) летальность от цирроза печени занимает восьмое место. Многие авторы связывают эти неблагоприятные тенденции с ростом употребления алкоголя, увеличением заболеваемости вирусными гепатитами, увеличением количества потребляемых лекарств и др. Частота выявления синдрома портальной гипертензии на доцирротической стадии составляет 50% наблюдений и достигает 90% при сформировавшемся циррозе. Наиболее тяжелым осложнением портальной гипертензии является кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП).

Цель исследования

Показать эффективность эндоскопического лигирования в лечении и профилактике кровотечений из ВРВП на опыте более чем 1000 лигирований.

Материал и методы

Нами проведен ретроспективный анализ 832 больных с циррозом печени, которым выполнялось лигирование за период с января 2009 года по декабрь 2019 год. В этой группе больных всего было выполнено 1149 лигирований. Как правило лигирование выполнялось в 1, 2, 3 и более этапов, в разные госпитализации. Общее количество лигированных узлов составило 8778. Возраст пациентов колебался от 17 до 79 лет (в среднем $51,68 \pm 12,8$). В зависимости от степени варикозного расширения вен пищевода пациенты распределились следующим образом: ВРВП 1 степени — 38 пациентов (3,3%), ВРВП 2 степени — 439 пациентов (38,3%), ВРВП 3 степени — 672 пациента (58,5%). По этиологическому фактору, наиболее часто (54,8%) ВРВП были вирусной этиологии.

Результаты и обсуждение

Эффективным, в нашей группе, лигирование было в 1134 случаях (98,7%). В 15 случаях (1,3%) эндоскопическое лигирование было не эффективным и закончилось постановкой зонда Блекмора. Основной причиной неудач явилось активное кровотечение из ВРВП, развившееся до или вовремя лигирования. Осложнения имели место в 5 случаях (0,4%). Летальные исходы были отмечены в 4 случаях (0,3%).

Заключение

Эндоскопическое лигирование ВРВП является высокоэффективным (с экономической и медицинской точки зрения) методом лечения и профилактики кровотечения из ВРВП у больных с портальной гипертензией.

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА

Гасанмагомедов С. М., Нефёдов А. О., Табанаква И. А., Козак А. Р., Маменко И. С., Беляев Г. С., Мортада М. М., Яблонский П. К.
ФГБУ «СПб НИИ Фтизиопульмонологии» МЗ РФ

г. Санкт-Петербург

Актуальность

Повреждения пищевода относятся к ургентной патологии, требующей ранней диагностики и экстренного лечения из-за риска развития тяжелых гнойных осложнений и высокой летальности (25–85%) при данной патологии [2], прежде всего, обусловленная особенностями средостения и сложностями адекватного дренирования и санации [1,3].

Наиболее частыми в структуре заболеваемости являются ятрогенные повреждения. Они могут возникать как во время диагностических манипуляций, так и в ходе выполнения оперативных пособий: при банальной эзофагогастродуоденоскопии, бужировании стриктур пищевода, кардиодилатации, назогастрального зондирования, интубации трахеи или трахеостомии, при операциях на шее или на органах грудной клетки. Нарушение целостности пищевода в 7–11% наблюдений происходит при внутрисветном стентировании опухолевых стриктур пищевода, а в 1–6% случаев — после эндоскопического склерозирования и лигирования варикозно расширенных вен [4].

Отсутствие единых подходов в отношении объемов и методов оперативного лечения больных с нарушением целостности пищевода часто приводит к неудовлетворительным результатам [5].

Мало изучены возможности комбинации хирургических и эндоскопических методов лечения при дефектах пищевода, возникающих после оперативных вмешательств на органах грудной клетки.

Цель

Продемонстрировать опыт комбинированного лечения коагуляционной травмы переднебоковой стенки средней трети пищевода с использованием эндоскопической вакуумной системы (VAC-системы) и биоинженерного лоскута *musculus serratus anterior* на примере следующего клинического случая.

Материалы и методы

Пациентке С., 52 лет с периферическим новообразованием верхней доли левого легкого, выполнена лечебно-диагностическая видеоторакоскопия слева, при которой выявить образование не удалось. Конверсия доступа в торакотомию. Выявлено новообразование в S5. При срочном гистологическом исследовании — аденокарцинома. Принято решение о выполнении расши-

ренной верхней лобэктомии с медиастинальной лимфаденэктомией, включающая в себя удаление 5, 6, 8–9 L и 7 групп лимфоузлов.

На следующие сутки после оперативного лечения, при приеме воды пациентка отметила появление дискомфорта в левой половине грудной клетки. Выполнена рентгеноскопия пищевода с контрастным веществом — *per os* введен водорастворимый контрастный препарат двумя глотками. В результате исследования выявлен затек в левую плевральную полость с формированием скопления контраста в нижнем отделе с горизонтальным уровнем, диагностировано пищеводно-плевральное сообщение. Наиболее вероятно коагуляционная травма переднебоковой стенки пищевода при систематической лимфодиссекции аппаратом Harmonic. Видеоэзофагоскопия: на 30 см от резцов по левой стенке определяется сквозной округлый дефект размером до 0,5 см. Выполнена попытка клипирования дефекта, с техническими сложностями наложены 2 клипсы. При инсuffляции воздуха края дефекта разошлись с увеличением его размеров до 1,0 см. Принято решение отказаться от дальнейших попыток клипирования и выполнить оперативное ушивание пищевода. Произведена реторакотомия слева. Под эндоскопическим контролем дефект пищевода ушит одиночными Z-образными швами, а также выполнена миопластика дефекта пищевода с укрытием его биоинженерным лоскутом *musculus serratus anterior*. Установлены дренажи в плевральную полость и межмышечном пространстве. Коллегиально принято решение комбинировать хирургическую ликвидацию дефекта пищевода с постановкой вакуумной аспирационной системы. Дренажи из плевральной полости установлены на пассивную аспирацию для адекватной работы VAC-системы и предотвращения затека содержимого пищевода в плевральную полость с последующим развитием эмпиемы плевры. На первые сутки послеоперационного периода наложена чрезкожная эндоскопическая гастростома для энтерального питания, затем установлена вакуумная система.

Использована одноразовая вакуумная система. Которая представляет из себя поролоновую губку, которая оборачивается вокруг дистальной части назогастрального зонда с несколькими отверстиями. Губка фиксируется к трубке несколькими прошивающими лигатурами с оставленными концами ниток в 1–2 см (для удобства захвата эндоскопическими щипцами). В итоге моделиру-

ется и формируется губка в форме цилиндра шириной 2,0–2,5 см. В длину губка должна перекрывать края дефекта на 3–4 см.

Установка вакуумной системы проводилась под внутривенным наркозом с интубацией трахеи. Через инструментальный канал эндоскопа заводились щипцы, с захватом конца нитки. Затем осуществлялось проведение эндоскопа совместно с вакуумной системой в просвет пищевода, на уровень дефекта. Выполнялся контрольный осмотр для подтверждения корректного расположения вакуумной системы. Проксимальный конец вакуумного дренажа выводился через носовой ход, фиксированный к крылу носа. По дренажу производился непрерывный вакуум с отрицательным давлением в 125 мм рт.ст. Первые три сеанса вакуумная система менялась через 3-е суток. Последующие смены проводились через 5–7 дней. Перед удалением губки, для профилактики аррозионных кровотечений из участков сращения со слизистой пищевода, проводилось отделение её методом заведения эндоскопа между губкой и стенкой пищевода.

Результаты

Всего потребовалось пять смен VAC-систем. При установке первой была выявлена несостоятельность шва стенки пищевода и признаками сообщения с плевральной полостью, но мышечный лоскут не позволил разойтись краям дефекта. При третьей смене системы обнаружено формирование налета фибрина в дне раны и разрастание участков грануляционной ткани по краям

дефекта. Мышечный лоскут, не позволяя VAC-системе соприкоснуться с элементами корня левого легкого и средостения, исключил возможность сращения губки к ним, при удалении которой имеется высокий риск развития аррозионных кровотечений. Во время четвертой смены VAC-системы выявлены участки разрастания грануляций в дне раны, заместивших фибрин. После удаления пятой VAC-системы сохранялось углубление на стенке пищевода, дно которого представлено m. Serratus, без убедительных данных за сообщение с плевральной полостью. При рентгеноскопии пищевода с использованием водорастворимого контрастного препарата — затёка в плевральную полость нет. При контрольном осмотре спустя месяц, дефект представлен линейным рубцом, без сужения просвета пищевода.

Выводы

1. Использование вакуумной системы (VAC-системы) в комбинированном лечении дефекта пищевода, произошедшего во время оперативного вмешательства на легком, позволяет быстро и безопасно ликвидировать дефект.
2. Мышечный лоскут, не позволяя VAC-системе соприкоснуться с элементами корня левого легкого и средостения, исключает возможность развития аррозионных кровотечений.
3. Кроме того, мышечный лоскут изолирует содержимое пищевода от плевральной полости, тем самым избегает развития такого грозного осложнения как эмпиема плевры.

Список литературы

1. Aiolfi A., Inaba K., Recinos G., Khor D., Benjamin E.R., Lam L., Struwasser A., Asti E., Bonavina L., Demetrides D. Non-iatrogenic esophageal injury: a retrospective analysis from the National Trauma Data Bank. *World J Emerg Surg* 2017.
2. Кулиш П.А., Попов А.Ю., Порханов В.А., Барышев А.Г., Славинский В.Г., Коваленко А.Л., Быков М.И., Шолин И.Ю., Чайкин В.В. Ближайшие результаты лечения больных с проникающими дефектами стенки пищевода методом эндоскопического вакуумного дренирования. 2016 г.
3. Гостищев В.К. Инфекции в торакальной хирургии. 2004 г.
4. Бреднев А.О., Котив Б.Н., Дзидзава И.И. Повреждения пищевода: диагностика и современная тактика лечения 2015.
5. Шестюк А.М. Проникающие повреждения грудного отдела пищевода: современное состояние проблемы. 2010 г.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛОТОЧНО-ПИЩЕВОДНЫХ ДИВЕРТИКУЛОВ

Гасанов А. М., Даниелян Ш. Н., Тарабрин Е. А., Татарина Е. В., Квардакова О. В., Рабаданов К. М., Гайдарбегова Х. К.
НИИ СП имени Н.В. Склифосовского

г. Москва

Цель исследования

Оценить эффективность эндоскопической подслизистой крикофарингомиотомии при глоточно-пищеводных дивертикулах.

Материал и методы исследования

За период с 2017 г по 2019 года в НИИ СП им Н.В. Склифосовского выполнено 15 эндоскопических вмешательств пациентам с глоточно-пищеводным дивертикулумом, из них 7 — мужчин и 8 — женщин. Возраст пациентов колебался от 45 до 84 лет, средний возраст составил 66 ± 3 лет. Размеры дивертикула составляли от 1 см до 5 см в диаметре. Показанием к операции было наличие дисфагии обусловленной глоточно-пищеводным дивертикулумом, без признаков дивертикулита. При дивертикулах размерами не более 2,5 см в диаметре выполняли эндоскопическую крикофарингомиотомию тоннельным методом, при размерах дивертикула более 2,5 см эту методику сочетали с эзофагодивертикулостомией. Во всех наблюдениях операция заканчивалась клипированием краев рассеченной слизистой оболочки. Все оперативные вмешательства выполнялись под эндотрахеальным наркозом, для инсuffляции использовали CO_2 .

Результаты исследования

При эзофагоскопии у 7 пациентов размеры дивертикула были менее 2,5 см, в диаметре и в 8 наблюдениях размеры превышали 2,5 см. У 12 пациентов послеоперационный период протекал без особенностей. Выписаны на 3–5 сутки после операции. У 3 пациентов в раннем послеоперационном периоде наблюдались осложнения, в виде несостоятельности клипированного дефекта слизистой оболочки. При контрольном рентгенконтрастном исследовании пищевода определялось интрамуральное затекание контрастного вещества по ходу сформированного тоннеля в подслизистом слое, протяженностью около 2,5–3 см. Всем этим пациентам выполнено удаление ранее наложенных клипс, эндоскопическая санация интрамурального ложного хода. В двух наблюдениях у дистального края тоннеля сформирована контраппертура с установкой назогастрального зонда. Пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии на 7–15 сутки. У одного пациента с дивертикулумом более 3,5 см через 12 месяцев отмечен рецидив.

При эзофагоскопии диагностировали остаточную шпору дивертикула, состоящую из слизистой оболочки, глубина дивертикула составила менее 1 см. Пациенту было выполнено рассечение слизистой оболочки шпору до уровня дна дивертикула (эзофагодивертикулостомия) с клипированием краев дефекта. Пациент после повторной операции выписан на 4 сутки в удовлетворительном состоянии.

Заключение

Эндоскопическая подслизистая крикофарингомиотомия позволяет добиться положительного результата при глоточно-пищеводных дивертикулах. Сочетание данного метода с эзофагодивертикулостомией является обоснованным при дивертикулах размерами более 2,5 см, в диаметре.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОЗА СТЕНКИ ПИЩЕВОДА И ПИЩЕВОДНО-ПЛЕВРАЛЬНОГО СВИЩА, ВЫЗВАННОГО СПОНТАННОЙ ПОДСЛИЗИСТОЙ ГЕМАТОМОЙ ПИЩЕВОДА, МЕТОДОМ ВНУТРИПРОСВЕТНОГО ВАКУУМНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ

Гладышев Д. В., Врублевский Н. М., Свитич В. Ю., Болдырева Е. В., Трусов И. А., Эфендиев А. О., Рыженкова И. С.
Санкт-Петербург ГБУЗ «Городская больница № 40»

г. Санкт-Петербург



■ Гладышев Д. В.



■ Врублевский Н. М.



■ Свитич В. Ю.



■ Болдырева Е. В.



■ Трусов И. А.



■ Эфендиев А. О.



■ Рыженкова И. С.

Внедрение терапии отрицательным давлением началось в конце 80-х годов XX столетия.

Пациент Л., 69 лет, поступил в СПб ГБУЗ Городская Больница № 40 Курортного района в онкологическое отделение в плановом порядке с диагнозом направления: «Рак нижнеампулярного отдела прямой кишки (с) Т3N1M0. Неoadъювантная химиолучевая терапия. в СОД 50 Гр на фоне приема Капецитовера 2000 мг/сутки». После предоперационной подготовки 22.08.2019 г. пациенту выполнено оперативное лечение в объеме: робот-ассистированной резекции прямой кишки с расширенной лимфаденэктомией.

Ранний послеоперационный период у пациента осложнился пищеводно-желудочным кровотечением. При ФЭГДС выявлена подслизистая гематома пищевода практически на всем его протяжении.(Рис. 1) Через сутки развилась клиника левостороннего пневмоторакса, потребовавшего выполнения дренирования левой плевральной полости. На 5-е сутки после операции у пациента отмече-

но поступление желудочного содержимого по плевральному дренажу. При видеоэзофагогастродуоденоскопии выявлен линейный дефект в стенке пищевода в области средней трети, длиной около 14 см, края инфильтрованы.(Рис. 2, 3, 4) По данным компьютерной томографии органов грудной клетки с пероральным контрастированием: контраст в двух местах поступает из пищевода в левую плевральную полость. Учитывая общее состояние пациента и ранний послеоперационный период после резекции прямой кишки, решено было выполнить установку системы внутрипросветного вакуумного дренирования в пищевод. Всего было произведено 14 смен систем вакуумного дренирования пищевода с интервалом 3–4 дня. Параллельно в просвет тонкой кишки установлен зонд для энтерального питания.. Дистальный, меньший дефект, был клипирован эндоклипсой OVESCO.

На фоне проводимого лечения дефект в пищеводе уменьшился в течении 2.5 месяцев. Сформирован неполный наружный пищеводно-плевральный свищ.

Вторым этапом произведено стентирование пищевода покрытым силиконовым стентом. Это привело к полному прекращению сброса по дренажу и закрытию свища. Дренаж удален.

Стент в последствии удален из-за миграции в дренируемую полость. Контрольное ВЭГДС выполнено через 1.5 месяца после удаления стента. В зоне разрыва сформирован линейный рубец с углублением в центре. (Рис. 5, 6, 7)

Цель демонстрации: показать возможный вариант лечения некроза стенки пищевода и пищеводно-плевральных свищей с помощью системы вакуумного дренирования,

отказавшись от более травматичных методов хирургического лечения.

Выводы

1. Большинство работ — ограничены размером перфорации 1–2 см, выше мы продемонстрировали лечение протяженного дефекта стенки пищевода без использования обширных оперативных вмешательств.
2. Использование Вакуумно-дренажной системы наименее травматичный и наиболее дешевый метод лечения такого рода заболеваний.
3. Технически простой и доступный метод лечения.



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4

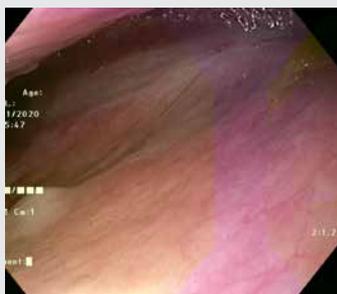


Рис. 5



Рис. 6



Рис. 7

РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЛИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Дашацыренова Д. Б., Голышева И. А., Гаврилова А. К., Султумов Т. В.
ГАУЗ РКБ им. Н. А. Семашко

г. Улан-Удэ



■ Дашацыренова Д. Б.

■ Голышева И. А.

Одним из современных малоинвазивных методов лечения и профилактики пищеводно-желудочных кровотечений при портальной гипертензии является эндоскопическое лигирование (ЭЛ). Данный способ эрадикации варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП) технически прост и относительно безопасен.

В настоящее время основными показаниями к использованию метода ЭЛ являются:

- Остановка продолжающегося кровотечения из ВРВП
- Профилактика рецидива кровотечения из ВРВП
- Первичная профилактика кровотечений из ВРВП

Риск развития системных осложнений при ЭЛ ВРВП практически отсутствует, так как метод является механическим и не связан с введением каких-либо химических веществ в сосудистое русло. Наиболее опасным осложнением считается развитие кровотечения на месте вмешательства. Некоторые авторы описывают возможные осложнения, связанные с изменением гемодинамики в бассейне воротной вены (образование варикозных вен в дне желудка), либо местные осложнения в виде единичных случаев транзиторных эпизодов дисфагии. Также описывались редкие случаи рубцовых стриктур пищевода 1 степени, которые разрешались самостоятельно, без эндоскопического вмешательства.

Методика эндоскопического лигирования варикозно-расширенных вен пищевода внедрена в эндоскопическом отделении Республиканской клинической больницы им. Н. А. Семашко (г. Улан-Удэ) в 2013 году. За период с 2013 по 2019 гг. проведено 90 лигирований ВРВП, осложнений не наблюдалось.

Техника выполнения

Эндоскоп с насадкой проводится через глоточное кольцо. Выбранный варикозный узел аспиратором засасывается в цилиндр, не менее чем на половину высоты. После чего сбрасывают кольцо. При этом лигирование начинают с области эзофагокардиального перехода, чуть выше зубчатой линии. Кольца накладываются по спирали в «шахматном», избегая наложения лигатурных колец в одной плоскости по окружности для профилактики дисфагии в ближайшем и отдаленном периодах. За сеанс, в зависимости от выраженности ВРВ, накладывается от 6 до 10 лигатур.

Клинический случай осложнения лигирования

Пациент 1980 г.р. с диагнозом: Цирроз печени в исходе аутоиммунного гепатита (anti-SLA/LP положительно; ИФА диагностика ANA 1,56 положительно), класс «В» Child – Pugh (7 баллов). MELD-Na 15 баллов. Внутривенная портальная гипертензия: Варикозное расширение вен пищевода (ВРВП) 3 степени. Спленомегалия. Гиперспленизм. Хроническая анемия. Состояние после эндоскопического лигирования (ЭЛ) расширенных вен пищевода от 10.11.2017; 17.01.2018; 29.03.2018г.

В апреле 2018г находилась на лечении в одной из центральных клиник г. Москвы, где был проведен повторный сеанс эндоскопического лигирования вен пищевода. Через 2 недели после лигирования впервые стала отмечать дисфагию при приеме твердой пищи, диагностирована рубцовая стриктура в/3 пищевода 1-2 степени. Проведено 2 сеанса бужирования. Отмечает улучшение, дисфагия разрешилась. Через месяц отмечает затрудненное прохождение жидкой пищи и жидкости, снижение веса на 8-9кг (48кг).

При эндоскопическом исследовании выявлена рубцовая стриктура верхней трети пищевода 4 степени, в стадии субкомпенсации. При рентгеноскопии выставлен диагноз: высокая рубцовая стриктура пищевода 3 степени. Рекомендовано бужирование пищевода. Госпитализирована в срочном порядке в торакальное хирургическое отделение Республиканской клинической больницы им. Н. А. Семашко для проведения бужирования пищевода под эндоскопическим контролем.

Проведено 4 сеанса эндоскопического бужирования пищевода по нитиноловому проводнику, с интервалом

1 день, с использованием бужей диаметром 7мм, 9мм, 11мм, максимальный диаметр бужа 13мм. Пациент был выписан на поддерживающее амбулаторное бужирование пищевода.

Амбулаторно под в/венной анестезией проведено еще 4 сеанса бужирования в/3 пищевода по проводнику в течении месяца, с интервалом 7-8 дней. Максимальный диаметр просвета суженного участка пищевода равен 14 мм. При эзофагоскопии через 3 месяца диаметр в/3 пищевода равен 13-14мм, для аппарата диаметром 11мм проходим свободно. У пациента общее состояние удовлетворительное, жалоб на дисфагию нет, вес через 6 месяцев после первого сеанса бужирования около 56-57кг. Эпизодов кровотечения не было.

Заключение

Причиной выраженной рубцовой стриктуры в/3 пищевода в данном случае послужило несоблюдение техники выполнения лигирования (шахматный порядок) и наложение лигатурных колец в одной плоскости по окружности.

При правильном наложении латексных колец на расширенные вены н/3 и с/3 пищевода, вены расположенные проксимальнее спадаются, поэтому проведение лигирования в в/3 пищевода нецелесообразно. Рубцовая стриктура пищевода после лигирования вен более эластичная, менее подвержена фиброзу, легко поддается бужированию, при поддерживающих сеансах бужирования не рецидивирует.



Рис. 1. До бужирования



Рис. 2. Результат

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ВАКУУМ-АСПИРАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В РКБ ИМ. Н.А. СЕМАШКО

Гаврилова А.К., Ринчинов В.Б., Дондупов А.С., Твердохлебов П.О.
ГАУЗ РКБ им. Семашко

г. Улан-Удэ



■ Ринчинов В.Б.



■ Дондупов А.С.



■ Твердохлебов П.О.

Эндоскопическая вакуум-аспирационная терапия (ЭВАТ) в последние годы в России получает широкое применение как метод лечения перфорации органов верхних и нижних этажей ЖКТ различной этиологии, несостоятельности анастомозов. В республике Бурятия данный метод впервые был выполнен в 2016 г в РКБ им. Семашко. Принцип методики заключается в закрытии перфоративного отверстия с помощью создания в области дефекта или полости раны разреженного давления. В просвет органа на уровне дефекта (интралюминарно) или в полость раны (интракавитарно) с помощью эндоскопа вводилась пористая полиуретановая губка, которая прикреплялась к дистальному концу дренажной трубки, а проксимальный конец трубки подключался к вакуумной системе, на которой создавалось отрицательное давление в диапазоне 100–150 мм.рт.ст. Тем самым в полости раны или просвете органа создаётся разрежение давления, что обеспечивает смыкание полости. Под действием вакуума происходит активный дренаж раны, улучшается микроциркуляция в области дефекта, что создаёт условия для постепенного закрытия дефекта с образованием грануляции.

С 2016 по 2019 г. в РКБ им. Семашко методом ЭВАТ было излечено 14 пациентов. (2 пациента, умершие из-за тяжелых сопутствующих заболеваний, исключены из статистики). Этиологическими факторами нарушения целостности органа явились: спонтанный разрыв стенки пищевода — синдром Бурхаве, инородное тело пищевода, ятрогенное повреждение пищевода, перфорация металлоконструкцией после нейрохирургических операции на шейном отделе позвоночника, несостоятельность анастомозов, колотое ранение шеи с повреждением пищевода. Размеры дефектов варьировали от 2–3 мм до 3 см. Возраст больных составлял от 29 до 62 лет.

Для уменьшения риска регургитации в ряде случаев потребовалось выполнение чрескожной эндоскопической гастростомии. В случаях продолжительного лечения методом ЭВАТ, мы думаем, установка ЧЭГ может быть методом выбора для питания больного.

У большинства пациентов удалось добиться закрытия дефекта. Продолжительность лечения составляла от 2 до 75 дней. В отдельных случаях полного закрытия не удалось добиться: у одного больного из-за формирования свищевого канала, который начинается с дна тракционного дивертикула в в/3 пищевода и выходит на боковую поверхность шеи в области послеоперационного рубца (установка металлоконструкции шейного отдела позвоночника). Данный свищ имеет сложный ход, диаметр свищевого хода не более 0,2–0,3 см, который сформировался на фоне нагноения послеоперационной раны после установки металлоконструкции. В одном случае пациент отказался от дальнейшего лечения после первого сеанса установки ЭВАТ. Ниже описан клинический случай длительного лечения перфорации пищевода в результате спонтанного разрыва пищевода.

Клинический случай: пациент Р. 36 лет 2 дня злоупотреблял алкоголем. 17.08.2019г была рвота, после которой появилась резкая боль в эпигастрии. Вызвал скорую помощь, доставлен в районную больницу с диагнозом «острый живот». Госпитализирован по экстренным показаниям в ЦРБ, выполнена диагностическая лапаротомия. При Rg ОГК выявлен левосторонний гидропневмоторакс. При плевральной пункции получено до 1300мл жидкости темно-коричневого цвета. По контрольной рентгенограмме от 21.08.2019: гидропневмоторакс слева, проведено дренирование левой плевральной полости по Бюлау, эвакуировано 2600 мл мутной жидкости со слизью. При ФГДС от 23.08.19г линейный разрыв нижней трети пищевода

с формированием пищеводно-плеврального свища слева. По санации переведен в торакальное отделение РКБ Семашко. 23.08.19 г. в условиях РКБ Семашко выполнена операция: Боковая торакотомия слева, медиастинотомия, санация и дренирование левой плевральной полости. Установка системы эндоскопической вакуум-аспирационной терапии. Протокол операции: Под ЭТН после обработки операционного поля в 7 м/реберье произведена боковая торакотомия слева. В плевральной полости до 400мл грязной мутной серой жидкости с фибрином. Плевральная полость санирована, фибриновый налет на висцеральной и медиастинальной плевре, толщиной до 2,5мм — удален. Плевральная полость санирована водным р-ром 0,05% хлоргексидина. Медиастинальная плевра в проекции нижней легочной вены некротизирована. Выполнено пересечение нижней легочной связки медиальнее, на 3см выше купола диафрагмы выявлен линейный дефект левой латеральной стенки пищевода, размерами 2,0х0,5см. Края дефекта истончены, инфильтрированы. Интраоперационно решено дефект не ушивать, в просвет пищевода установлена вакуум-аспирационная система. Для энтерального питания установлен н/интестинальный зонд. Левая плевральная полость санирована. Контроль на аэро-, гемостаз. Сухо. Аэростаз полный. Через отдельные проколы установлено три дренажа. Послеоперационная рана ушита послойно. Диагноз после операции: Спонтанный разрыв пищевода. Задний медиастинит. Пиопневмоторакс слева. Нарушение ФВД 1–2.

Пациенту было выполнено 13 замен системы ЭВАТ, что составило 75 дней от первой установки системы. По нашему мнению, длительность лечения обусловлена тем, что на начальном этапе вовремя не была удалена дренажная трубка, находившаяся в полости, которая сообщалась с перфоративным отверстием, а также не подкорректирована разница давлений в вакуум-отсосах в сторону преимущественного увеличения отрицательного давления в системе ЭВАТ. Это замедлило процессы заживления дефекта. В итоге сформировался псевдивертикул со свищевым ходом до 2–3 мм в диаметре, сообщающимся с осумкованной полостью диаметром 2–3 см. В связи с этим, после многократных замен вакуум-системы, полностью закрыть дефект не удалось. Решено пациента выписать под амбулаторное наблюдение с разрешением перорального приема щадящей пищи в виде пюре и отваров. Рекомендован контрольный осмотр через 1 месяц.

Через 1 месяц на амбулаторном приеме пациент жалоб не предъявляет, на контрольном ЭГДС от 09.12.2019г отмечается редукция псевдивертикула, заживление свищевого отверстия с образованием гранулемы. На МСКТ органов грудной клетки от 10.12.2019г очаговых и инфильтративных изменений в легких и плевральных полостях не выявлено.



Рис. 1. Картина стенки нижней трети пищевода на месте зажившей перфорации через 1 месяц после выписки пациента



Рис. 2. Свищ в дне псевдивертикула в нижней трети пищевода - результат ЭВАТ на 68-ые сутки лечения

Данный случай демонстрирует, что ЭВАТ-система может быть эффективна на любом этапе лечения и оправдана в казалось бы «безнадежных» ситуациях, когда шанс закрытия свища невелик. Применение данной методики, кроме адекватной антибиотикотерапии и санации гнойной раны, также существенно влияет на положительный эффект и сроки заживления. Эндоскопическая вакуум-аспирационная терапия — высокоэффективный метод лечения, который может быть внедрен в любой стационар с эндоскопическим оборудованием и опытом оперативной эндоскопии.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕЙ ПИЩЕВОДА

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Жданов А. В.¹, Корымасов Е. А.², Беня А. С.³, Цветков Б. Ю.³, Решетов А. П.³

¹ ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-медицина»

² Кафедра хирургии ИПО СамГМУ

³ ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В. Д. Середавина

г. Самара



■ Жданов А. В.



■ Корымасов Е. А.



■ Беня А. С.



■ Цветков Б. Ю.



■ Решетов А. П.

Актуальность проблемы

Пищеводно-плевральные свищи, сформировавшиеся после различных операций на органах грудной клетки, являются нечастым, но опасным осложнением. Сложность решения ее заключается в топографо-анатомических особенностях пищевода и средостения и невозможности применить традиционные подходы к лечению таких свищей. Длительное консервативное ведение, направленное, казалось бы, на подготовку пациента к сложной реконструктивной операции, приводит к истощению пациентов и не позволяет предпринять операцию, которая сама по себе весьма проблематична.

Эндоскопические технологии в настоящее время могут стать реальным спасением для пациентов и достойным выходом из сложной ситуации для хирурга.

Цель – провести анализ результатов стентирования пищевода при его свищах и повреждениях.

Материал и методы

Представлен опыт лечения 7 пациентов со свищами пищевода: у 3 человек дефект в пищеводе возник после перенесенной пневмонэктомии с лимфодиссекцией по поводу рака легкого, у 1 человека сформировавшийся свищ был проявлением синдрома Бурхаве, у 2 пациентов была несостоятельность швов пищеводно-желудочного перехода после рукавной резекции желудка по поводу патологического ожирения, у 1 больного дефект в пищеводе возник после эзофагокардиомиотомии по поводу ахалазии кардии.

У всех пациентов при эзофагоскопии выявлялось свищевое отверстие диаметром до 1 см с эпителизацией краев. При проведении контрастного рентгенологического исследования наблюдалось сообщение пищевода посредством свищевого хода с плевральной полостью.

Всем пациентам с послеоперационными острыми свищами произведена попытка устранения данного осложнения путем выполнения релапаротомии и ушивания дефекта пищевода. В ближайшем послеоперационном периоде возникла несостоятельность ушитого дефекта.

В связи с этим методом лечения рецидива свища у данных больных было выбрано стентирование нитиноловым саморасширяющимся стентом с покрытием. Во время выполнения эндоскопического исследования во всех случаях выявлялся продольный дефект стенки пищевода или желудка длиной до 2 см. Под контролем эндоскопа и рентгеновского аппарата производилось продвижение доставочного устройства пищеводного стента в дистальные отделы желудка. Далее производилось раскрытие стента. Это позволяло отграничить брюшную полость от попадания пищевого содержимого и создавало благоприятные условия для закрытия свища.

У 1 пациента была применена методика предварительного клипирования свищевого отверстия в пищеводно-желудочном переходе. В 2 наблюдениях были использованы полностью покрытые стенты диаметром 18 мм длиной 14 см. У 1 пациента использован полностью покрытый стент специальной модели для лечения осложнений бариатрических операций. Стент устанавливался на период, не превышающий 5-6 недель. Каждые две недели производилось рентгенологическое исследование с водорастворимым контрастом для контроля за позицией эндопротеза и герметичностью пищевода. Через 5-6 недель производилось эндоскопическое исследование, в ходе которого удалялся эндопротез. Удаление стента производили путем тракции за проксимальное лассо. Далее производился контрольный осмотр области свищевого хода.

Отдельного внимания заслуживает лечение пациента с пищеводно-плевральным свищем после перенесенного

спонтанного разрыва пищевода (синдром Бурхаве). Свищевой ход имел хронический характер, более 6 месяцев отсутствовала тенденция к закрытию свищевого отверстия. При рентгенологическом исследовании наблюдался выход контрастного вещества в плевральную полость (Рис. 1). Пациент питался через гастростому. Данному пациенту проведено комбинированное лечение. Первоначальным этапом произведено иссечение краев свищевых ходов ножом для диссекции (Рис. 2). Произведен циркулярный разрез слизистой оболочки вокруг свищевых отверстий в радиусе 5-10 мм от непосредственного свищевых ходов. Далее свищевое отверстие было укрыто краями иссеченной слизистой оболочки и клипировано. С целью лучшей герметизации и ограничения операционного поля от пищеварительной трубки произведена установка полностью покрытого пищеводного стента диаметром 18 мм и длиной 10 см. Ввиду отсутствия стриктуры пищевода, стент мигрировал в желудок через 7 дней с момента его установки. Стент был удален через гастростомическое отверстие. Поступление пищевого содержимого по дренажу плевральной полости прекратилось сразу же после проведенного оперативного лечения. Рентгеноскопия пищевода с контрастом произведена через 1,5 месяца после проведенной операции, выхода контрастного вещества за пределы пищевода не наблюдалось (Рис. 3) Контрольная фиброэзофагоскопия произведена через 1,5 месяца. Область свищевых ходов была представлена в виде дивертикула (Рис. 4). К этому моменту наблюдалось отторжение клипс.

Заключение

Применение эндоскопического стентирования пищевода полностью покрытым нитиноловым эндопротезом позволило добиться герметичности пищеварительного тракта у пациентов с остро возникшими дефектами пищевода и желудка. Применение данной методики у пациентов с хроническими свищами пищевода менее оптимистично, так как имело кратковременный положительный эффект, и после удаления стента наблюдался рецидив свища. Применение комбинированного способа укрытия свищевых отверстий после его предварительного эндоскопического иссечения позволило добиться стабильной герметизации пищеварительной трубки.

Полученные данные не позволяют сделать окончательный вывод об эффективности эндоскопического лечения свищей верхних отделов пищеварительного тракта из-за малого количества наблюдений, однако, учитывая положительные результаты лечения больных, требуется накопление коллективного опыта, для улучшения результатов лечения в будущем.



Рис. 1. Пищеводно-плевральный свищ. Выход контраста в плевральную полость

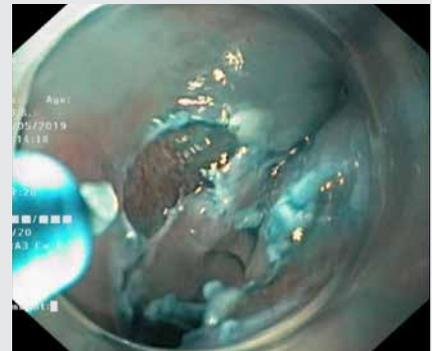


Рис. 2. циркулярное иссечение краев свища



Рис. 3. Рентгенограмма через 1,5 мес после ушивания свища. Выхода контраста в плевральную полость не наблюдается



Рис. 4. Эндоскопический контроль через 1,5 мес после операции. Область свища в виде дивертикула

ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЭЗОФАГИТ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ С ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКОЙ

Кайбышева В. О., Пирогов С. С., Федоров Е. Д., Шаповальянц С. Г.
РНМУ им. Н. И. Пирогова
Городская клиническая больница № 31 (ГКБ № 31)

г. Москва

Эозинофильный эзофагит (ЭоЭ) – это хроническое иммуноопосредованное воспалительное заболевание пищевода. Диагностика ЭоЭ основана на характерной клинической картине дисфункции пищевода (дисфагия) в обязательной совокупности с выявлением эозинофильной инфильтрации слизистой оболочки пищевода при гистологическом исследовании. Базисная терапия эозинофильного эзофагита включает диетические ограничения, применение ингибиторов протонной помпы и топических кортикостероидов.

В ряду заболеваний пищевода в странах Европы и в США эозинофильный эзофагит уже несколько десятилетий занимает второе по распространённости место после ГЭРБ. ЭоЭ является главной причиной дисфагии и острых эпизодов вклинения пищи в пищевод у детей и лиц молодого возраста.

ЭоЭ является медленно — прогрессирующим заболеванием, в связи с чем характер и выраженность жалоб значительно отличаются в зависимости от возраста больного и длительности анамнеза заболевания. Симптомы у детей раннего возраста неспецифичны и включают срыгивания, тошноту и рвоту, возникающие во время еды, затруднения при проглатывании определенной пищи (морепродукты, яйца, орехи и др.), боли в животе, отставание в физическом развитии (редко).

Дети подросткового возраста предъявляют жалобы, более характерные для ГЭРБ: на изжогу, боли за гру-

диной, необходимость длительно пережевывать пищу и запивать ее водой («медленно-едящие и много пьющие» пациенты).

Взрослые пациенты страдают от симптомов, свидетельствующих о прогрессирующем сужении просвета пищевода: дисфагия, загрудинные боли и эпизоды вклинения пищи в пищевод. Дисфагия у больных ЭоЭ может возникать остро (при застревании пищевого комка твердой консистенции) или беспокоить пациентов постоянно, вынуждая изменять пищевое поведение.

Инструментальная диагностика ЭоЭ

При проведении эзофагогастроуденоскопии (ЭГДС) у больных с ЭоЭ обнаруживаются неспецифические признаки активного воспалительного процесса на всем протяжении пищевода: отек и контактная ранимость слизистой оболочки пищевода, белесый экссудат (эозинофильные микроабсцессы), линейные продольные борозды (Рис. 1). У взрослых больных ЭоЭ в дополнение к вышеперечисленным признакам нередко обнаруживаются изменения, отражающие развитие подслизистого фиброза: множественные концентрические кольца («трахеевидный» или «кошачий» пищевод), стриктуры и сужения пищевода.

Гистологическое исследование включает осмотр биоптатов с использованием микроскопа высокого разреше-



Рис. 1. Эндоскопические особенности ЭоЭ: а. отек, белый экссудат, белесые точки (эозинофильные микроабсцессы), узловатость (нодулярность), б. множественные концентрические кольца («трахеевидный» пищевод), в. продольные борозды

ния (x400), окраска — гематоксилином и эозином. Для получения корректных гистологических результатов необходимо производить биопсию не менее, чем в 6–8 участках из дистального и среднего/проксимального отделов пищевода. Биоптат должен включать эпителий на всю его глубину и собственную пластинку слизистой оболочки. Главным гистологическим критерием установления диагноза ЭоЭ служит интраэпителиальная эозинофильная инфильтрация с количеством эозинофилов в поле зрения микроскопа высокого разрешения (x400) не менее 15.

Большинство исследований, основанных на оценке симптомов и качества жизни больных с ЭоЭ, сообщают об относительно доброкачественном течении заболевания, отсутствии прогрессирования симптомов или появлении лишь умеренно выраженных жалоб с течением времени. Скорее всего, это связано с тем, что выраженность дисфагии у пациентов с ЭоЭ зависит в первую очередь от фибротического ремоделирования стенки пищевода, которое при ЭоЭ происходит достаточно медленно — годами и десятилетиями.

Благоприятное течение заболевания подтверждается также данными о том, что даже кратковременное медикаментозное лечение ЭоЭ приводит, как правило, к многомесячной ремиссии заболевания. Дилатация стриктур пищевода обеспечивает купирование дисфагии на срок до 1 года даже при отсутствии противовоспалительной медикаментозной терапии.

Клиническое наблюдение

Пациент С., 18 лет при поступлении в клинику жаловался на затруднение при глотании (пища «застревает» в пищеводе), необходимость длительно пережевывать твердую пищу перед глотком, запивать пищу водой, со слов больного он периодически «давится» во время еды. Дисфагия беспокоит с 15 лет. Непосредственной причиной обращения за медицинской помощью послужили эпизоды острой обтурационной дисфагии (за последние 3 года около 5 раз был экстренно госпитализирован в стационары с проведением ЭГДС). Кроме того, с детства больного беспокоят зуд и высыпания на коже при употреблении некоторых пищевых продуктов (яйца, рыба, куриное мясо, морепродукты).

Пациент является студентом медицинского ВУЗа, не курит, алкоголь и наркотические вещества не употребляет, с детства страдает бронхиальной астмой, целиакией, поллинозом, пищевой аллергией (на бобовые, молочные продукты, яйца, глютен-содержащие продукты, казеин, томаты).

В возрасте 16 лет, при проглатывании куска мяса, у пациента впервые возник эпизод обтурации пищевода, который не купировался самостоятельно. Больной обратился в стационар, где проведена эзофагоскопия, эндоскопическое извлечение пищевого комка из пищевода, по правой стенке пищевода на 27–29 см от резцов обнаружен дефект слизистой, выполненный участками фибрина, установлен диагноз «посттравматический эзофагит».

Через 8 месяцев мальчик вновь вновь экстренно был доставлен в стационар в связи с невозможностью проглотить мясо. Проведена лечебно-диагностическая эзофагоскопия: мясо, обтурирующее пищевод низведено в желудок, на рентгенограмме — пищевод свободно проходим. Через 4 месяца в связи с прогрессирующей дисфагией

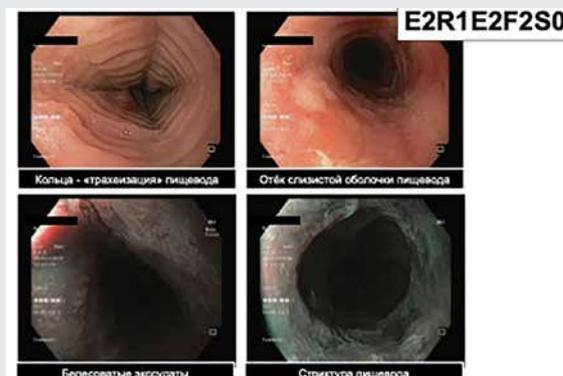


Рис. 2. Эндоскопические признаки ЭоЭ у пациента С.

пациент был госпитализирован в стационар с диагнозом «стеноз пищевода, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы», где было проведено 4 процедуры бужирования пищевода. В дальнейшем пациент несколько раз проходил обследование и лечение в стационарах города Москвы с диагнозом «ГЭРБ, грыжа ПОД, стеноз пищевода» без значимого эффекта.

В июне 2019 г при очередном эндоскопическом исследовании пищевода пациенту была проведена биопсия, морфологическое исследование биоптатов проводилось в нескольких онкологических учреждениях. Заключение морфологического исследования разных специалистов включали суждения о наличии тяжелой дисплазии многослойного плоского эпителия, ороговеающего рака пищевода, пищевода Баррета, папилломы пищевода. Пациенту было рекомендовано лечение в онкологическом учреждении с решением вопроса о хирургическом лечении рака пищевода. Отсутствие определенности в диагнозе привело пациента в МНИОИ им. П.А. Герцена, где д. м.н. Пироговым С.С. (Рис. 2) была проведена очередная процедура ЭГДС, обнаружены типичные эндоскопические признаки эозинофильного эзофагита: «В пищеводе начиная от шейного его отдела и до кардиоэзофагеального перехода слизистая оболочка диффузно утолщена, с продольной исчерченностью, при осмотре в режиме NBI Near Focus — с архитектурой капилляров типа II по Inoue классификации, с формированием переходящих кольцевидных сужений (трахеизация), практически диффузным тонким экссудативным налетом, множественными поверхностными рубцами на всём его протяжении. На уровне 29 см от резцов по левой полуокружности за счет рубцов сформирована поверхностная деформация стенки размерами до 0,3 см. В нижней трети пищевода все вышеописанные изменения также присутствуют, однако визуализируются и зоны линейной гиперемии слизистой оболочки. Уровень Z-линии определяется на 2 см проксимальнее уровня анатомического кардиоэзофагеального перехода. Розетка кардии эластичная, зияет, определяется пролабирование слизистой оболочки желудка выше диафрагмы на 2–3 см.». Пациенту было выдано эндоскопиче-

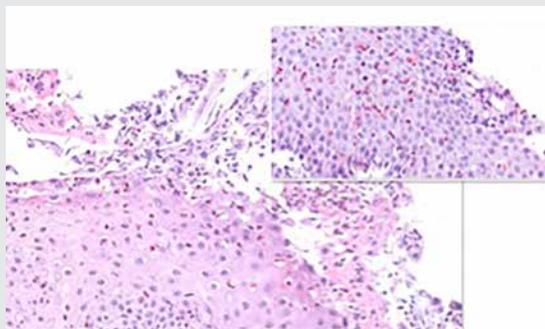


Рис. 3. Гистологическое исследование биоптата из пищевода больного С.

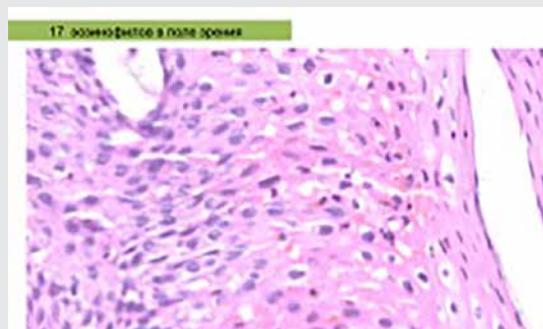


Рис. 4. Гистологическое исследование биоптата из пищевода больного С. после курса терапии ИПП. эозинофилы до 17 в поле зрения), (окр. гематоксилин — эозин, x 400)

ское заключение «Эндоскопическая картина характерна для тотального эозинофильного эзофагита (E2R1E2F2S0) с компонентом рефлюксного генеза. Эндоскопические признаки аксиальной скользящей грыжи пищеводного диафрагмы I ст. Дуодено-гастральный желчный рефлюкс.», проведена биопсия из пищевода (№ 1 — из слизистой оболочки на 37 см от резцов, № 2 из слизистой оболочки на 29 см от резцов — в зоне поверхностной деформации, № 3 — из слизистой оболочки на 27 см от резцов).

По результатам морфологического исследования биоптатов из пищевода (морфологи Беляков М.М. и Крайнова Е.А.: рисунок 3) выявлена гиперплазия базального слоя многослойного плоского эпителия, значительное количество эозинофильных лейкоцитов (более 50 в поле зрения микроскопа) преимущественно в средней и верхней трети эпителиального пласта, скопления эозинофилов в поверхностных слоях эпителия с формированием эозинофильных микроабсцессов.

На основании жалоб, данных анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных исследований диагноз «плоскоклеточный рак пищевода» был исключен, установлен клинический диагноз «эозинофильный эзофагит».

Пациенту была рекомендована терапия:

1. Диета с исключением молочных продуктов, глютена, орехов, яиц, морепродуктов.
2. Терапия стандартной дозой ингибиторов протонной помпы в режиме приема 2 раза в сутки 8 недель, затем-контрольная ЭГДС с биопсией.

Через 2 недели приема препаратов пациент отметил улучшение самочувствия в виде уменьшения проявлений

дисфагии. Через 6 недель лечения жалобы купированы полностью, дисфагия не беспокоит.

При контрольном эндоскопическом обследовании через 2 месяца наблюдается положительная динамика: «Эндоскопическая картина эозинофильного эзофагита. Индекс активности эозинофильного эзофагита — 6 баллов, E2R1E1F2S0 (отек — 2 балла, кольца — 1 балл, экссудат — 1 балл, борозды — 2 балла, стриктуры — 0 баллов)». По результатам контрольной биопсии микроскопическая картина (рисунок 4) соответствует поверхностному эзофагиту со слабым воспалительным компонентом (до 17 эозинофилов в поле зрения при ув.х400). В связи с отсутствием достижения полной гистологической ремиссии пациенту была рекомендована терапия топическими кортикостероидами с последующим эндоскопическим контролем через 2 месяца.

Заключение

Сложности диагностики ЭоЭ обусловлены недостаточным уровнем осведомленности врачей в нашей стране о данном заболевании, неспецифичной эндоскопической картиной, а также необходимостью морфологического подтверждения диагноза (более 15 эозинофилов в поле зрения микроскопа высокого разрешения), требующего забора большого числа биоптатов не только из дистального, но и главным образом из проксимального отделов пищевода. Необходимо помнить, что главным клиническим маркером заболевания является дисфагия у лиц молодого возраста (прежде всего у мужчин). Своевременное и правильное установление диагноза позволит предотвратить развитие осложнений (стриктур пищевода), а также фатальных ошибок (хирургическое лечение).

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ФУНДОПЛИКАЦИИ ПО НИССЕНУ

Королёв М. П., Габдрахманова Л. А.
ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ

г. Санкт-Петербург

Фундопликация по Ниссену может выполняться как лапароскопически, так и традиционным открытым способом. Фундопликация по Ниссену является «золотым стандартом» в лечение ГЭРБ. Осложнения связанные с операцией, происходят в 5–20% случаев. Наиболее распространенной, является дисфагия или затруднение глотания.

При правильной диагностики и лечении она обычно проходит через 3–6 месяцев. Другая проблема, которая возникает у некоторых пациентов, это неспособность к отрыжке или рвоте. Это происходит потому, что в результате операции образуется физический барьер для любого типа обратного движения содержимого желудка. Следствием невозможности эффективной отрыжки является синдром «gas-bloat» — вздутие и дискомфорт в животе.

Несмотря на то, что фундопликация по Ниссену является одним из основных методов хирургического лечения пациентов с ГПОД, стойкого купирования гастроэзофагеального рефлюкса не происходит у 38–56% наблюдений. До 30% больных после перенесенной антирефлюксной операции необходима повторная госпитализация с решением вопроса о повторном оперативном лечении, в связи с развитием стойкой дисфагии. Причинами её могут быть угнетение релаксации нижнего пищеводного сфинктера перетянутой манжеткой, нарушение миграции кардиальной части желудка при глотании или нарушение моторики пищевода вследствие денервации абдоминального отдела пищевода, а также «соскользнувшая» антирефлюксная манжетка.

Второе частое осложнение, которое встречается после фундопликации по Ниссену является соскальзывание кардиального отдела и дна желудка с терминальным отделом пищевода относительно манжетки. Это происходит по двум причинам, во-первых, в связи с прорезыванием швов между манжеткой и пищеводом. Во-вторых, из-за ушивания ножек диафрагмы при коротком пищеводе и фиксация к ним антирефлюксной манжетки, также при-



Королёв М.П.

Габдрахманова Л.А.

ведет к соскальзыванию, так как пищевод сократившись после операции, втянет за собой кардию вместе с направленной манжеткой в заднее средостение. Рентгенологически это выглядит в виде феномена «песочных часов», когда одна часть манжетки находится выше диафрагмы, а другая - ниже. Все выше приведенные примеры осложнений приведут к выраженной дисфагией, изжоге, отрыжке воздухом, что, безусловно, требует повторной корригирующей операции.

Третье, по частоте осложнение, которое встречается после фундопликации по Ниссену, является использование антрального отдела желудка, всё это ведет к перекруту и выраженной деформации желудка, в связи с этим возникает дисфагия. С внедрением лапароскопических методик, увеличилось количество осложнений в виде «недостаточный» Ниссен. Это происходит в виду, поверхностно наложенных швов на фундопликационную манжетку, что в свою очередь приведёт к надрыванию и разворачиванию самой манжетки.

Таким образом, представленные выше осложнения антирефлюксных операций, техническая сложность повторных операций обуславливает целесообразностью нахождения больных в специализированных учреждениях и необходимостью дальнейших клинических исследований.



ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДСКОПИИ

В настоящее время отделение располагает большим парком современного эндоскопического оборудования, в том числе видеостойками "Olympus EXERA III", процессор которой оснащен дополнительными функциями ультраспектральной эндоскопии, Pentax EPK I 7010, с режимами i- scan, а так же эндоскопами экспертного класса, позволяющего выполнять эндоскопические исследования с высоким разрешением изображения и увеличением. Отделение так же располагает одноканальным энтеро-

скопом, для исследования тонкой кишки, ультразвуковым конвексным терапевтическим эхоэндоскопом, для выполнения диагностической и лечебной ультрасонографии.

В рамках работы отделения в круглосуточном режиме оказывается экстренная эндоскопическая помощь пациентам с инородными телами пищеварительного тракта и бронхов, пациентам с желудочно-кишечными кровотечениями различной этиологии.

ОТДЕЛЕНИЕ РАСПОЛАГАЕТ ВСЕМИ ДОСТУПНЫМИ СРЕДСТВАМИ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ:

1. Лигирование варикозно –расширенных вен
2. Наложение эндоскопических гемостатических клипс
3. Инъекционный метод гемостаза
4. Аргонно-плазменная и электрокоагуляция
5. Применение гемостатических склерозантов
6. Напыление на кровоточащую поверхность специальных гемостатических порошков с высокой адгезивной способностью

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДСКОПИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

1. Высокорастворяющая цифровая колоноскопия с дополнительными методами исследования (осмотр в узком спектре света, осмотр в режиме двойного фокуса) – исследование позволяет выявить минимальные воспалительные или неопластические изменения слизистой толстой кишки в том числе ранние формы злокачественных неоплазий, выполнить прицельный забор материала на гистологическое исследование, определить возможность и метод эндоскопического удаления.
2. Высокорастворяющая цифровая эзофагогастродуоденоскопия с дополнительными методами исследования (осмотр в узком спектре света, осмотр в режиме двойного фокуса) – исследование позволяет выявить минимальные воспалительные или неопластические изменения слизистой толстой кишки в том числе ранние формы злокачественных неоплазий, выполнить прицельный забор материала на гистологическое исследование, определить возможность и метод эндоскопического удаления, проведение экспресс-теста на *Helicobacter pylori*

3. Эндоскопическая ультрасонография подслизистых образований верхних отделов пищеварительного тракта, заболеланий панкреатобилиарной зоны с возможностью тонкоигольной пункции для морфологической верификации диагноза.
4. Диагностическая бронхоскопия с возможностью трансбронхиальной тонкоигольной пункции для получения материала для морфологического подтверждения диагноза
5. Диагностическая одноканальная энтероскопия- диагностика заболеланий тонкой кишки.

ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДСКОПИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

1. Лечение пациентов с ахалазией кардии любой стадии (дилатация, пероральная миотомия)
2. Эндоскопическое лечение пациентов с дивертикулум Ценкреа
3. Эндоскопическое лечение пациентов с рубцовыми стриктурами пищевода и толстой кишки любой этиологии (бужирование, дилатация, стентирование)
4. Удаление доброкачественных (полипы) и ранних форм злокачественных новообразований толстой кишки и верхних отделов пищеварительного тракта методом резекции слизистой и диссекции в подслизистом слое
5. Эндоскопическое удаление аденомы большого дуоденального соска
6. Эндоскопическое удаление камней из желчевыводящих протоков, папилосфинктеротомия, ретроградная холангиопанкреатография
7. Эндоскопическое стентирование желчевыводящих и панкреатических протоков при доброкачественных и злокачественных стенозах.
8. Эндоскопическая установка гастростомы
9. Эндоскопическая установка саморасправляющихся стентов при опухолевых стенозах пищевода и толстой кишки
10. Эндоскопическое удаление подслизисто расположенных образований.

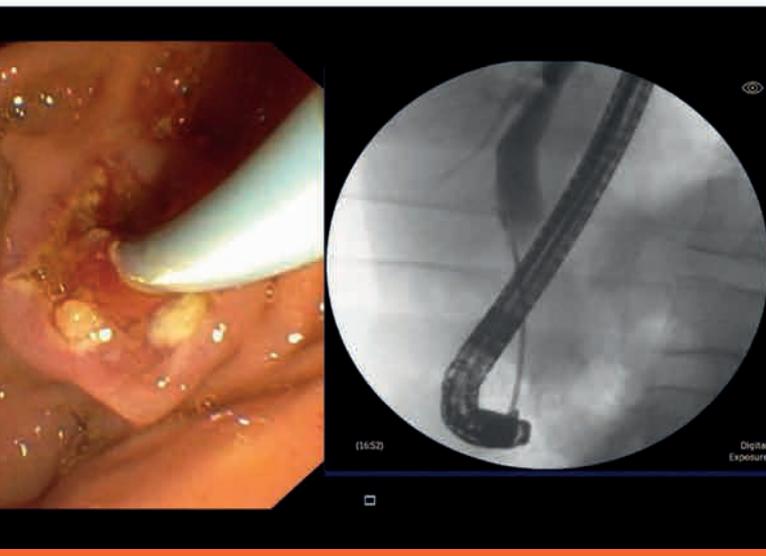
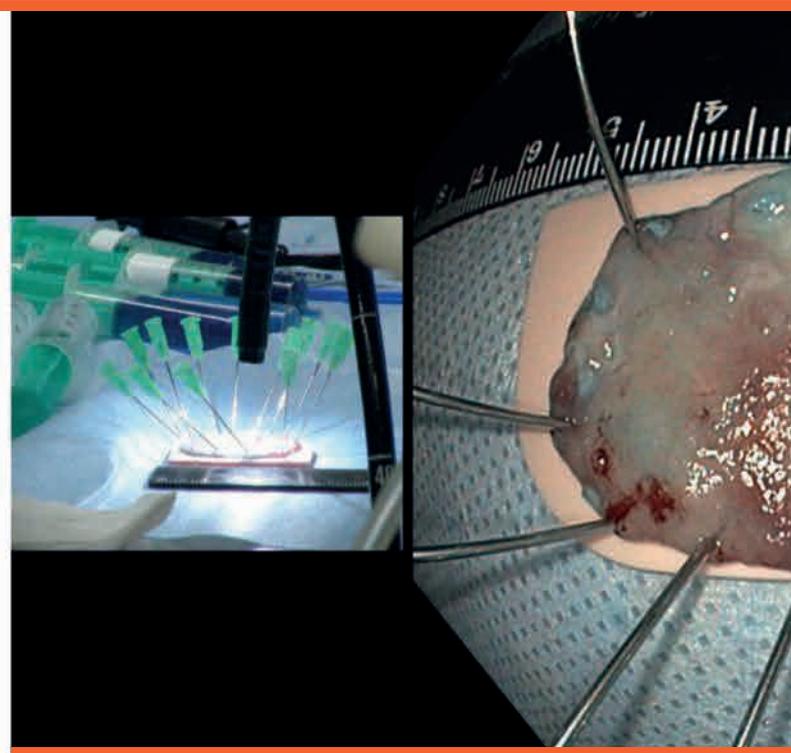
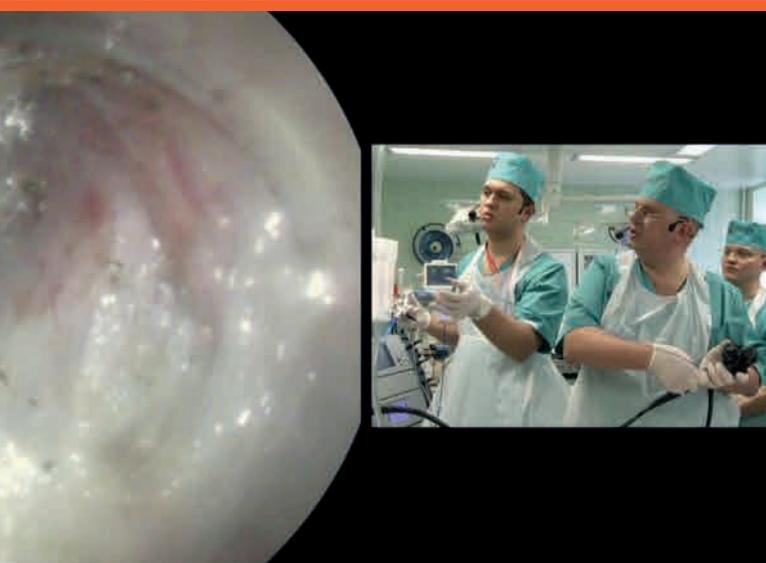


Заведующий кафедрой общей хирургии
с курсом эндоскопии СПбГПМУ
Профессор, д.м.н.
Михаил Павлович Королев



Мариинская
больница

ЭНДОСКОПИЯ В МАРИИНСКОЙ БОЛЬНИЦЕ СУЩЕСТВУЕТ С 1970 ГОДА



На базе Мариинской больницы было создано первое в городе эндоскопическое отделение с круглосуточным режимом работы.

В настоящее время в отделении работает **11** докторов и **11** сестер. Эндоскопическое отделение является базой кафедры общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ.

В отделении выполняются все виды эндоскопических исследований и операций.

Ежегодно в отделении выполняется более **12000** исследований и операций

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА И ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДИВЕРТИКУЛОМ ЦЕНКЕРА

Королёв М.П., Федотов Л.Е., Климов А.В., Оглоблин А.Л., Антипова М.В., Донияров Ш.Д., Алирзаев Р.С., Тимбакова Л.Р., Атаян А.Г.
ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет МЗ РФ
СПб ГБУЗ Мариинская больница

г. Санкт-Петербург



■ Королёв М. П.



■ Федотов Л. Е.



■ Климов А. В.



■ Оглоблин А. Л.



■ Антипова М. В.

Более 250 лет известно о существовании дивертикула пищевода-желудочного перехода. Дивертикулы пищевода впервые, были описаны патологоанатомом К. Ludlow (1764). Через 40 лет F. Dequise представил клиническое значение и симптоматику. F. Zenker и Zievssen (1877) первые провели фундаментальную работу по анализу гипофренального дивертикула, который с тех пор называют Ценкеровским.

Дивертикул Ценкера обладает наиболее выраженной симптоматикой среди всех дивертикулов желудочно-кишечного тракта. Ведущим симптомом является дисфагия, что и обуславливает необходимость хирургического лечения почти всех больных. Диагностика дивертикула Ценкера основывается на клинической симптоматике, данных рентгенконтрастного исследования и эндоскопического исследования. В настоящее время в 70% случаев диагноз устанавливают при эндоскопическом исследовании. Большое значение в выборе метода лечения дивертикула Ценкера имеет его размер. При анализе пролеченных больных чаще всего выявляют дивертикулы средних размеров (от 2 до 6 см) 84%, дивертикулы больших размеров (свыше 6 см) выявляются в 9%, а малых размеров (до 2 см) в 7%. При этом у 4 больных были выявлены ранние рентгеноскопические признаки дивертикула глоточно-пищеводного перехода (выпячивания по типу «шипа розы»).

В клинике общей хирургии с курсом эндоскопии Санкт-Петербургского государственного медицинского педиатрического университета на базе СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» было пролечено 218 больных с дивертикулами пищевода. Хирургическое лечение

проведено 97% больных. С 2008 года при лечении дивертикула Ценкера приоритетно использовались малоинвазивные способы лечения. Общепринятые хирургические операции, (резекция дивертикула с рассечением нижней порции крикофарингиальной мышцы или инвагинация дивертикула) в настоящее время применяются редко, при осложненных формах дивертикула Ценкера и дивертикулах большого размера. В нашей клинике выполняются открытые хирургические вмешательства с обязательным эндоскопическим ассистированием. Соотношение открытых и эндоскопических операций составляет 1:32.

Среди эндоскопических методик в настоящий момент можно выделить следующие:

- Эндоскопическое рассечение волокон нижней порции крикофарингеальной мышцы (дивертикулоэзофагостомия) с применением двулепестковой трубки
- стандартная эндоскопическая крикофарингомия с дистальным колпачком
- Эндоскопическая крикофарингоэзофагомия по тоннельной методике
- Эндоскопическая баллонная дилатация с введением препарата «Диспорт» в область крикофарингеальной мышцы
- Комбинированные вмешательства.

Выбор оптимальной методики эндоскопического лечения дивертикула Ценкера зависит от подготовленности врача, оснащённости стационара, размеров дивертикула, длиной и расположением перегородки между дивертикулом и пищеводом. В нашей клинике применяются все перечисленные методы лечения дивертикула Ценкера.

ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ КАРДИОДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОСПАЗМОМ И АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ

Лигай Р.Е., Цой А.О., Бекчанов Х.Н., Бабажанов К.Б., Абдукаримов А.С., Фарманова Г.У.
ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова»

📍 г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Среди консервативных методов лечения особая роль отводится методам инструментального воздействия. При кардиодилатации происходит насильственный надрыв мышц кардии со снижением градиента пищеводно-желудочного давления, что улучшает проходимость пищи по пищеводу, т. е. устраняется основной симптом заболевания — дисфагия. Число хороших и удовлетворительных непосредственных результатов колеблется от 75 до 90%. До сих пор остаются спорными некоторые вопросы, касающиеся тактики лечения при неудовлетворительных результатах кардиодилатации.

Цель

Изучить результаты различных методов кардиодилатации у больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии.

Материал и методы

В отделении хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» за период с 1975 по 2018 года находилось на амбулаторном и стационарном лечении 947 больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии.

Результаты и обсуждения

Использованы следующие варианты миниинвазивного лечения: дилатация аппаратом Штарка выполнена в 36(3,8%) случаях в 70–80 годах прошлого столетия, однако в настоящее время не применяется из-за своей травматичности. Предпочтение отдается пневматической — 829(87,5%) и гидробаллонной — 61(6,4%) дилатации. Бужирование пищевода полыми бужами выполнено 7(0,7%) больным, однако оно не является методом лечения данной категории пациентов и использовалось только при стенозирующем рефлюкс-эзофагите, который развился после ранее проведенных эзофагокардиомиотомий.



■ Цой А. О.

Общее число хороших результатов миниинвазивных методов лечения составило 606(64%), удовлетворительные — у 280(29,5%) и неудовлетворительные — у 61(6,4%).

У 61 пациента с неудовлетворительными непосредственными результатами проведены следующие варианты лечения: экстрамукозная эзофагокардиомиотомия в различных модификациях — 15 больным; интраоперационная дилатация кардии — 1 больной; операция Марвелдея-Венделя — 1 больной; резекция кардии с формированием эзофагогастроанастомоза — 2 больным; экстирпация пищевода с одномоментной пластикой — 17 больным; отказ от операции — 25 больных.

Заключение

Причинами неудовлетворительных результатов миниинвазивных методов лечения больных с ахалазией кардии являются невозможность дилатации, неудачи при попытках проведения аппарата через кардию и непосредственно неудовлетворительных результатов проведенного курса расширения кардии. При неэффективности и невозможности кардиодилатации необходимо хирургическое лечение, при этом вариант операции зависит от степени запущенности заболевания.

ЗАКРЫТИЕ ДЕФЕКТОВ ЗОНЫ ЭЗОФАГОГАСТРОАНАСТОМОЗОВ И СТЕНКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ. OVESCO

Лозовая В. В., Карасев И. А., Верещак В. В., Малихова О. А., Поддубный Б. К., Малихов А. Г.
НМИЦ онкологии им.Н.Н.Блохина МЗ РФ

г. Москва

В настоящее время в клинической практике нечасто, но все-таки возникают осложнения в виде перфорации стенки полого органа. Как правило, данные осложнения развиваются в ходе выполнения хирургических эндоскопических вмешательств — эндоскопической резекции слизистой оболочки (ЭРС) и ЭРС с диссекцией в подслизистом слое, однако, так же встречаются единичные случаи дефектов анастомозов после оперативных вмешательств в верхних и нижних отделах ЖКТ.

Ранее подобные осложнения служили поводом для выполнения экстренных оперативных вмешательств. В настоящее время, благодаря усовершенствованию эндоскопического оборудования, зачастую данные состояния разрешаются менее инвазивными методами. Одним из наиболее эффективных и инновационных способов решения данных проблем является закрытие перфораций с помощью клипс системы OTSC. Одна клипса закрывает дефект размерами до 2 см в диаметре.

В 2017 году в нескольких центрах были проведены ретроспективные исследования о возможности и безопасности использования обычных и OTSC клипс при закрытии ятрогенных перфораций в верхних и нижних отделах ЖКТ и их сравнение. Группа пациентов с ятрогенными дефектами стенки толстой кишки составила 32 пациента,

из них в 91% случаев (29 из 32 случаев) дефекты были закрыты обычными клипсами, в среднем на закрытые одной перфорации требовалось 7,5 клипс. Однако, клинический успех наблюдался в 53% случаев (17 из 32 случаев), в 16% развились осложнения (5 из 32 случаев) и в 22% случаев (7 из 32 случаев) потребовалось повторное хирургическое вмешательство. Группу пациентов с ятрогенными дефектами стенки ЖКТ, у которых применялась система OTSC, составили 36 пациентов. В 92% случаев (29 из 36 случаев) имела место успешная установка клипс, средний расход на одного пациента составил 1,06 клипс, в 89% случаев (32 из 36 случаев) отмечался клинический успех, в 3% случаев (1 из 36 случаев) потребовалось повторное хирургическое вмешательство.

Таким образом, основываясь на данных зарубежных исследований, наиболее прогностически благоприятным и экономически обоснованным является метод закрытия перфораций системами OTSC.

В «НМИЦ онкологии» им. Н. Н. Блохина за период 2018–2019 года зарегистрированы 4 случая применения клипс системы «OVESCO». В двух случаях наблюдались округлой формы дефекты в области колец эзофагогастроанастомозов, размерами 0,8 и 1,0 см в диаметре, в одном случае — перфорация стенки дистальной трети сигмовидной



Рис. 1. Несостоятельность эзофаго-гастроанастомоза



Рис. 2. Несостоятельность эзофагогастроанастомоза, после наложения клипсы OVESCO

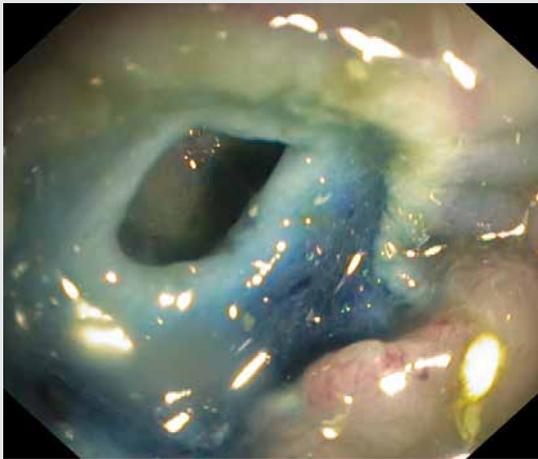


Рис. 3. Перфорация в сигмовидной кишке после ЭРС



Рис. 4, 5. Перфорация сигмовидной кишки, состояние после ЭРС, наложения 3-х обычных клипс и клипсы OVESCO

кишки в ходе проведения ЭРС по поводу LST гранулярного типа, дефект составил 0,6 см в диаметре, дефект ушит 3-мя обычными клипсами, далее наложена клипса «OVESCO» и один случай несостоятельности в области кольца сигморектоанастомоза у пациента после резек-

ции сигмовидной кишки, размеры перфоративного отверстия — 1,2 см в диаметре.

В 100% случаев был отмечен «клинический успех», необходимости проведения повторных хирургических вмешательств не возникло.

РУБЦОВЫЕ ПОСЛЕОЖОГОВЫЕ СУЖЕНИЯ И ПЕПТИЧЕСКИЕ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА: КОНЦЕПЦИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

Мяукина Л. М., Пиханов Р. В., Филин А. А.
ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»

г. Санкт-Петербург



■ Мяукина Л. М.



■ Пиханов Р. В.



■ Филин А. А.

Рубцовое послеожоговое сужение пищевода — хроническое состояние, являющееся исходом острого однократного повреждения пищевода агрессивным химическим агентом (кислота, щелочь и другие едкие вещества) и проявляющееся нарушением его проходимости с дисфагией различной степени выраженности, расстройством водно-электролитного, жирового, белкового и других видов обменов[1,2].

Пептическая стриктура пищевода — доброкачественное рубцовое сужение, развивающееся в результате длительного воздействия агрессивного секрета, систематически попадающего в пищевод при желудочно-пищеводном рефлюксе из-за врожденной или приобретенной недостаточности клапанного и сфинктерного компонентов кардии (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), короткий пищевод, оперативные вмешательства, заболевания смежных органов пищеварительной системы), дополненные недостаточностью пищеводного клиренса и резистентности слизистой оболочки пищевода к патологическому рефлюксу[3,4,6].

Диагностический алгоритм больных ожоговыми рубцовыми сужениями пищевода (РСП) и пептическими стриктурами предполагает обработку наиболее полной информации о характере изменений пищевода и организма пострадавшего в целом.

Одним из самых важных компонентов диагностического алгоритма является рентгенологическое исследование с водорастворимым контрастом, позволяющее уточнить ряд важных тактических вопросов: исключить осложнение — перфорацию; определить:

- локализацию (высокие стриктуры, на уровне средней или нижней трети пищевода), число (одиночные или множественные) и протяженность стриктур (перемычки

и кольца до 1 см, короткие стриктуры до 3 см и протяженные — более 3 см);

- диаметр стриктуры, ее ход, наличие дивертикулов и дополнительных изгибов;
- наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;
- поражение желудка и характер его эвакуаторной функции.

Эндоскопическая диагностика (предпочтительно ультратонким эндоскопом) чаще всего позволяет установить верхнюю границу стриктуры, наличие супрастенотического расширения пищевода, визуализировать вход в зону сужения (по центру, эксцентричный), наличие дополнительных карманов и дивертикулов. При достаточном просвете можно оценить протяженность и ход стриктуры, наличие грыжи ПОД, степень патологических изменений в желудке и ДПК. Кроме того, эндоскопический метод позволяет получить материал для цитологического и гистологического исследования.

При протяженных стриктурах с малым диаметром наиболее полную информацию удается получить при сочетанном применении рентгеноэндоскопических методик — введение контрастного вещества по катетеру в канал рубцового сужения с одновременной рентгеноскопией [5,6].

Алгоритм лечения

Реализация алгоритма лечения больных ожоговыми РСП и пептическими стриктурами проводится по трем направлениям:

1. Устранение дисфагии эндоскопическим методом.
2. Комплексная терапия, направленная на улучшение оксигенации, микроциркуляции поврежденной пищеводной стенки, коррекция трофических и функциональных нарушений.

3. Регуляция курса поддерживающего эндоскопического лечения.

Выбор малоинвазивных методик дилатации рубцового сужения пищевода осуществляется дифференцированно, с учетом времени прошедшего с момента химической травмы, числа, протяженности, локализации сужений и их диаметра [6].

Бужирование по металлической струне-направителю полыми рентгенконтрастными бужами по методике Ванцяна-Тошачова (1965) считаем показанным:

1. При лечении протяженных, множественных сужений пищевода, что позволяет добиться равномерного расширения просвета органа на всех уровнях одновременно (время дилатации минимальное — эффективность достигнута на всех уровнях поражения);

2. При локализации сужения в глоточно-пищеводном переходе или в непосредственной близости к нему, где установка баллона нецелесообразна из-за сдавления в зоне голосовых связок;

3. В качестве первого этапа при лечении коротких сужений с диаметром просвета, недостаточным для установления в него баллона.

4. Для раннего бужирования (3–4 неделя с момента получения ожога) с целью формирования прямого хода канала стриктуры с равномерным просветом.

Важным условием успешности бужирования является проведение ниже рубцового сужения пищевода металлической струны-направителя, что при протяженных извитых стриктурах с дивертикулами имеет определенные сложности.

В связи с этим с 1996 года в ЛОКБ разработана методика проведения металлической струны с помощью гибкого атравматического проводника, эластичность которого позволяет во всех случаях провести его в желудок без риска перфорации и даже минимальной травматизации стенок. В последующем осуществляется замена проводника на металлическую струну-направитель по каналу полого мягкого пластикового катетера, предварительно установленного по атравматическому проводнику.

Электрорассечение показано при наличии сформированных коротких, одиночных стриктур. Данный метод применяется только в качестве первого этапа перед баллонной гидродилатацией или бужированием. Расширение стриктуры пищевода необходимо продолжать после электрорассечения, применяя бужирование или баллонную гидродилатацию на протяжении длительного периода формирования нового рубцового сужения большего диаметра [3,6,7,8,9].

Баллонная гидродилатация показана у больных с короткими, одиночными, несформированными, а значит относительно эластичными рубцовыми сужениями или у пациентов со сформированными короткими рубцовыми сужениями после предварительного их электрорассечения [3,6,7,8,9].

Ежегодно в условиях нашей клиники выполняется около 300 процедур бужирования при рубцовых послеожоговых и пептических стриктурах пищевода. Многолетний опыт работы с данной категорией пациентов позволил сформулировать основные правила концепции безопасной и эффективной эндоскопической диагностики и лечения для профилактики нежелательных явлений и осложнений (перфорация, кровотечение, рестенозирование и др.):

- полное и всестороннее обследование пациента перед началом лечения (обязательное рентгенологическое исследование с водорастворимым контрастом в 2-х проекциях);
- соблюдение оптимальных сроков начала бужирования и поддерживающих процедур;
- осуществление первичного бужирования с возможностью рентгеннавигации для прецизионного контроля установки струны-направителя в желудок;
- использование гибкого атравматического проводника для безопасной установки металлической струны-направителя;
- индивидуальный подбор размеров бужей в зависимости от результатов предварительного обследования с соблюдением методики их проведения;
- анестезиологическое сопровождение (внутривенная седация) с целью создания комфортных условий для пациента и оператора;
- использование всего возможного арсенала медикаментозной и физиотерапии во время курса бужирования и промежутках между сеансами.

В результате комплексного подхода к лечению РСП удается добиться эффективности у 95% пациентов. Поддерживающее лечение с применением эндоскопических методик мы строим на соблюдении оптимальных сроков выполнения повторных вмешательств. Суть его в постепенном увеличении интервалов между эндоскопическими операциями от 8–10 дней до 3 месяцев на протяжении длительного времени (1–3 года и более) с курсами медикаментозной и физиотерапии. Соблюдение правил концепции безопасной эндоскопической диагностики и лечения РСП позволяет минимизировать число осложнений и нежелательных явлений.

Список литературы

1. Ванцян Э.Н., Тошачов Р.А. Лечение ожогов и рубцовых сужений пищевода. М: Медицина 1971; 260.
2. Галлингер Ю.И., Андреев А.Л., Гулиев Р.Р. Современные возможности диагностической и оперативной эндоскопии при рубцовых стриктурах пищевода. Вестник АМН СССР 1990; 10: 51–54.
3. Галлингер Ю.И., Годжелло Э.А. Оперативная эндоскопия пищевода. М 1999; 273.
4. Годжелло Э.А., Галлингер Ю.И. Предупреждение, ранняя диагностика и принципы лечения осложнений эндоскопических операций при доброкачественных стенозирующих заболеваниях пищевода. Клинический эндоскоп 2006; 2: 8: 2–12.

5. Мяукина Л. М., Филин А. В., Андреев А. Л. и др. Метод рентгеноэндоскопического бужирования протяженных рубцовых стриктур пищевода. Сб. тезисов Российского симпозиума «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия». М 1998; 186–188.
6. Мяукина Л. М. Восстановление проходимости ожоговых рубцовых сужений пищевода эндоскопическими методами. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. С-Пб 2003.
7. Broor S.L., Lahoti D., Bose P.P. et al. Benign esophageal strictures in children and adolescents: etiology, clinical profile, and results of endoscopic dilation. *Gastrointest Endosc* 1996; 43: 474–477.
8. Salo J.A., Ala-Kulju K.V., Heikkinen L.O., Kivilaakso E.O. Treatment of severe peptic esophageal stricture with Roux-en-Y partial gastrectomy, vagotomy, and endoscopic dilation. A follow-up study. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1991; 101: 649–653.
9. Tytgat G.N.J. Dilation Therapy of Benign Esophageal Stenoses. *World J Surg* 1989; 13: 2: 142–148.

ОПЫТ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ СТАДИЙ РАКА ПИЩЕВОДА, КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ И РЕЦИДИВЕ РАКА ЖЕЛУДКА

Низамходжаев З. М., Джуманиязов Ж. А., Лигай Р. Е., Нигматуллин Э. И., Омонов Р. Р.
ГУ РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова

📍 г. Ташкент, Узбекистан



■ Низамходжаев З. М.



■ Джуманиязов Ж. А.



■ Нигматуллин Э. И.

Цель

Изучить возможность стентирования неоперабельных стадий рака пищевода, кардиоэзофагеальной зоны и рецидиве рака желудка саморасширяющимися nitinol стентами с арефлюксным клапаном

Материал и методы

Отделение хирургии пищевода и желудка РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова за 2018–2019 гг. располагает опытом лечения 16 больных с неоперабельными стадиями рака пищевода, 22 больных раком кардиоэзофагеальной зоны, 2 больных с рецидивом рака эзофагоэнтероанастомоза после гастрэктомии и 2 больных раком культи желудка после субтотальной резекции.

Протяженность опухолевого процесса оценивалась эндоскопически и рентгенологически. Эндоскопически не удалось определить протяженность у 14 больных из-за опухолевой обструкции просвета пищевода. В этих случаях определение протяженности опухоли проводилось под контролем рентгеноскопии с дачей контраста per os. Распределение больных по протяженности было следующим: до 3 см — у 5 (11,9%), 4–6 см — у 20 (47,6%), 7–9 см — у 12 (28,6%) и 10–12 см — у 5 (11,9%).

Результаты и обсуждения

Всем пациентам стентирование проведено эндоскопически без предварительной диатермотуннелизации и бу-

жирования. В 12 случаях манипуляции проведены после диагностической лапароскопии, во время которой установлена нерезектабельность опухолевого процесса.

У 1 (2,4%) отмечена миграция стента (размер 60*20мм) в дистальном направлении в желудок, который без технических сложностей был извлечен из желудка на следующий день после установки. Миграция была обусловлена несоответствием длины стента с протяженностью опухоли, в связи с чем повторно установлен стент большей длины (80*20мм) с хорошим результатом.

Среди поздних осложнений у 3 (7,2%) пациентов через 3–6 месяцев после установки стента отметилась обтурация проксимального отдела стента опухолью. В связи с этим 1 больному была выполнена диатермотуннелизация и 2 пациентам был установлен саморасширяющийся nitinol стент по типу «стент в стент» с хорошим результатом.

Осложнений в виде перфорации и кровотечения из зоны опухоли не наблюдалось.

Заключение

Наилучшие результаты паллиативного лечения достигаются при использовании эндоскопического метода восстановления и поддержания просвета стенозированных злокачественной опухолью органов верхних отделов пищеварительного тракта с использованием саморасширяющихся металлических стентов

РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТЕНОЗАМИ ПИЩЕВОДА И КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ЭЗОФАГО-РЕСПИРАТОРНЫМИ СВИЩАМИ

Низамходжаев З. М., Джуманиязов Ж. А., Лигай Р. Е., Нигматуллин Э. И., Цой А. О., Абдукаримов А. Д.
ГУ РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова

 г. Ташкент, Узбекистан

Цель

Изучить результаты стентирования саморасширяющимися nitinol стентами у больных с доброкачественными и злокачественными стенозами пищевода и кардиоэзофагеальной зоны, эзофаго-респираторными свищами.

Материалы и методы

С 2018 по 2019г. отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» располагает опытом лечения 51 больных доброкачественными и злокачественными стенозами пищевода и кардиоэзофагеальной зоны, эзофаго-респираторными свищами, которым устанавливались саморасширяющиеся, полностью покрытые nitinol стенты с антирефлюксным клапаном. Из общего числа больных, группа пациентов с опухолевым поражением пищевода и КЭП составила 42(82,4%), с доброкачественными стриктурами пищевода – 4(7,9%), эзофаго-респираторными свищами – 3(5,9%), сдавление извне с прорастанием в среднюю треть грудного отдела пищевода опухолью левого легкого – 1(1,9%), недостаточность эзофаго-энтероанастомоза, после перенесенной субтотальной проксимальной резекции желудка с резекцией абдоминального сегмента пищевода, по поводу опухоли КЭП – 1(1,9%).

Из 42 онкологических больных распределение по анатомической локализации опухолей пищевода и КЭП было следующим: средняя треть грудного отдела – у 6(14,2%), средняя и нижняя треть грудного отдела – у 6(14,2%), нижняя треть грудного отдела – у 4(9,6%), нижняя треть грудного отдела с распространением на кардиоэзофагеальный переход – у 18(42,8%), кардио-эзофагеальный переход – у 4(9,6%), рецидив опухоли эзофагоэнтероанастомоза – 2(4,8%) больным, перенесшим гастрэктомию по поводу рака желудка, опухоль культи желудка – 2(4,8%), у 1 больного перенесшего резекцию желудка по Бильрот-I по поводу язвенной болезни 12ПК, и у 1 больного, перенесшего резекцию желудка по Бильрот-II по поводу опухоли антрального отдела желудка.

Причиной доброкачественных стриктур явилось постожоговое рубцовое сужение средней и нижней трети грудного отдела пищевода в 3 случаях (5,7%), стенозирующий склерозирующий рефлюкс-эзофагит в 1 (1,9%) случае. Причиной образования эзофаго-респираторных свищей, во всех 3 случаях, являлся синдром Бурхаве. В 1 (1,9%) случае у пациента наблюдалось сдавление средней трети грудного отдела пищевода опухолью левого легкого.

Результаты и обсуждения

У 44(86,3%) пациентов наблюдались хорошие результаты, выписаны домой без явлений дисфагии.

Характер ранних осложнений после установки стентов: миграция стента в дистальном направлении в желудок – у 1(1,9%) больного. Стент размером 60*20мм. без технических сложностей был извлечен из желудка на следующий день после установки. Миграция была обусловлена несоответствием размера с протяженностью опухоли. Больному повторно был установлен стент большего размера – 80*20мм. Пациент выписан домой без явлений дисфагии.

Среди поздних осложнений у 3(5,9%) пациентов через 3-6 месяцев после установки стента отметилась обтурация проксимального отдела стента опухолью.

1 больному была выполнена диатермотунелизация и бужирование опухоли. 2 пациентам выше ранее установленного стента был установлен саморасширяющийся nitinol стент по типу «стент в стент».

Во всех случаях проходимость суженного участка восстановлена. Осложнений не наблюдалось.

Заключение

В настоящее время вопросы паллиативного лечения опухолей верхних отделов желудочно-кишечного тракта остаются дискуссионными и до конца нерешенными. Наиболее передовым методом лечения стенозов пищевода, кардии, пищеводно-респираторных свищей, улучшающим качество жизни пациентов и дающим хороший клинический результат, является стентирование саморасширяющимися стентами.

ПРИЧИНЫ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ БУЖИРОВАНИЯ ПО СТРУНЕ У БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА

Низамходжаев З. М., Лигай Р. Е., Хаджибаев Ж. А., Шагазатов Д. Б., Цой А. О.
ГУ РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова

г. Ташкент, Узбекистан

Цель

Провести анализ неудовлетворительных результатов бужирования по струне у больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода (ПРСП).

Материал и методы

В отделении хирургии пищевода и желудка РСЦХ им. акад. В. Вахидова 487 больным с ПРСП выполнены различные варианты лечения: бужирование пищевода (БП) по струне — 399(81,9%); эндоскопическое бужирование — 28(5,7%); эндоскопическое стентирование — 25(5,1%) и гидробаллонная дилатация — 35(7,2%) пациентам.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов БП показал, что хорошие результаты получены у 168(42,1%) больных, удовлетворительные результаты у 43(10,8%) и неудовлетворительные — у 188(47,1%) пациентов. Однако такие абсолютные данные нельзя рассматривать без учета протяженности стриктуры. Распределение больных по протяженности стриктуры было следующим: короткие (до 3 см) у 22(5,5%), протяженные (4–9см) у 145(36,3%), субтотальные (10–15см) у 131(32,8%) и тотальные (свыше 16см) у 101(25,3%) больного.

У больных с короткими стриктурами число хороших результатов достигло 86,4%, удовлетворительные — у 3(13,6%), при этом ни в одном случае не было неудовлетворительных результатов. У пациентов с протяженными стриктурами число хороших результатов уменьшилось до 71,7% больных, удовлетворительный результат получен у 14,5% и число неудовлетворительных результатов увеличилось до 13,8%. Из 131 больного с субтотальными стриктурами пищевода отмечается уменьшение количества хороших результатов до 27,5%, а число неудовлетворительных результатов резко возросло до 63,4%. У пациентов с тотальными стриктурами только в 8,9% случаев получен хороший результат, а количество неудовлетворительных результатов достигло 84,2%. Таким образом, четко прослеживается разница в эффективности БП в зависимости от протяженности стриктуры ($\chi^2=158.5$, $df=6$, $p<0.05$).

У 20(13,8%) пациентов с протяженными стриктурами ($n=145$), в 20 случаях получен неудовлетворительный результат: у 3 пациентов наступила перфорация после бужирования, у 1 отмечался выраженный болевой синдром на фоне обострения эзофагита, у 4 больных не удалось



■ Низамходжаев З. М.

■ Цой А. О.

дальнейшее бужирование более № 24, 3 пациентов отказались от дальнейшего бужирования и у 9 пациентов вообще не удалось провести бужирование даже № 14.

В группе больных с субтотальными стриктурами ($n=131$) неудовлетворительный результат получен у 83(63,4%). Так в 1 случае после БП наступило непроникающее повреждение пищевода, в связи с чем проведено консервативное лечение с наложением гастростомы, а у 2 пациентов с проникающей травмой после бужирования пришлось прибегнуть к хирургическому лечению. В 6 случаях не удалось завершить адекватное бужирование из-за извитости стриктуры (выполнено бужирование только до № 22–24), у 1 пациента отмечался выраженный болевой синдром и 2 пациента категорически отказались от продолжения сеансов бужирования. В 60 случаях не удалось выполнить даже один сеанс бужирования, а у 11 больных выполнение БП расценено как невозможное из-за высокого риска перфорации.

У больных с тотальными стриктурами ($n=101$) количество неудовлетворительных результатов возросло до 84,2%. При этом в 4 случаях не удалось завершить курс бужирования, т. к. далее не прошел буж № 28. В 39 случаях попытки бужирования были безуспешны, а у 42 больных бужирование было невозможно, в связи с высоким риском перфорации пищевода.

Заключение

БП остается наиболее распространенным методом инструментального лечения больных с ПРСП. Число неудовлетворительных результатов БП напрямую зависит от протяженности рубцовой стриктуры

РЕЗУЛЬТАТЫ КАРДИОДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАПУЩЕННЫМИ СТАДИЯМИ КАРДИОСПАЗМА И АХАЛАЗИИ КАРДИИ

Низамходжаев З. М., Лигай Р. Е., Цой А. О., Бекчанов Х. Н., Нигматуллин Э. И., Бабажанов К. Б., Абдукаримов А. Д., Фарманова Г. У.
ГУ РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова

г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность

На современном этапе развития хирургии для лечения кардиоспазма и ахалазии кардии применяются кардиодилатация, различные варианты эзофагокардиомиотомии, экстирпация пищевода. Многие авторы активно применяют кардиодилатацию. Оценка ее эффективности неоднозначна, особенно у больных с запущенными III–IV стадиями заболевания. По данным одних авторов хорошие отдаленные результаты кардиодилатации достигают 85–90%, однако большинство исследователей сообщают, что уже через год после кардиодилатации ее эффективность снижается до 60%, а через 5 лет более чем у половины больных возникает рецидив заболевания. Многим пациентам требуется проведение повторных курсов кардиодилатации или хирургическое лечение.

Цель

Изучить причины неудовлетворительных результатов кардиодилатации и определить тактику лечения больных с запущенными стадиями ахалазии кардии.

Материал и методы

Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» за период с 1975 по 2018 года располагает опытом лечения 947 больных с ахалазией кардии в возрасте от 12 до 84 лет, мужчин было 455 (48%) и женщин 492 (52%). Большинство составили пациенты молодого (19–44 года) — 563 (59,5%) и зрелого возраста (45–59 лет) — 207 (21,8%).

На основании клинико-рентгенологической классификации Петровского Б. В. больные по стадиям заболевания распределились следующим образом: I стадия — 57 (6%), II стадия — 336 (35,5%), III стадия — 444 (46,9%) и IV стадия диагностирована у 110 (11,6%) пациентов. Таким образом, количество больных с запущенными III и IV стадиями составило 554 (58,5%).

Нами использованы следующие варианты миниинвазивного лечения: кардиодилатация и бужирование. Различные варианты кардиодилатации (пневматическая, гидробаллонная, металлическим аппаратом Штарка)

остаются наиболее распространенным методом лечения больных с ахалазией кардии. Дилатация аппаратом Штарка выполнена в 36 (3,8%) случаях, пневматическая — 829 (87,5%) и гидробаллонная — у 61 (6,4%) больного. Бужирование пищевода выполнено 7 (0,7%) больным и использовалось только при стенозирующем рефлюкс-эзофагите, который развился после ранее проведенных эзофагокардиомиотомий.

Общее число хороших результатов миниинвазивных методов лечения составило 606 (64%), удовлетворительные — у 280 (29,5%) и неудовлетворительные — у 61 (6,4%). Однако наиболее объективным показателем является определение эффективности миниинвазивных методов в зависимости от стадии заболевания.

Так у больных с I стадией хорошие результаты получены у 93% ($\chi^2=17.03$; $p=0.00004$), удовлетворительные у 7%. У больных со II стадией число хороших результатов достоверно уменьшилось до 79,8% ($\chi^2=32.34$; $p<0.05$), удовлетворительные результаты получены у 20,2%. Неудовлетворительных результатов у пациентов с I и II стадиями не наблюдали.

У пациентов с III стадией число хороших результатов достоверно уменьшилось до 58,3% ($\chi^2=11.61$; $p=0.0007$), удовлетворительные составили 36% ($\chi^2=16.8$; $p=0.00004$) и у 5,6% ($\chi^2=0.91$; $p=0.34$) — неудовлетворительные результаты.

Наибольшее число неудовлетворительных результатов ожидаемо получено у 32,7% ($\chi^2=142.7$; $p<0.0000001$) пациентов с IV стадией, при этом число хороших результатов достоверно уменьшилось до 23,6% ($\chi^2=87.96$; $p<0.0000001$), а удовлетворительные получены у 43,6% ($\chi^2=11.83$; $p=0.00058$).

Заключение

Пневматическая и гидробаллонная кардиодилатация является самым распространенным, эффективным и безопасным миниинвазивным вмешательством при ахалазии кардии и может применяться при любой стадии заболевания, однако эффективность дилатации уменьшается у пациентов с III–IV стадиями заболевания

АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА ОСЛОЖНЕНИЙ КАРДИОДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОСПАЗМОМ И АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ

Низамходжаев З. М., Лигай Р. Е., Цой А. О., Хаджибаев Ж. А., Бабажанов К. Б., Абдукаримов А. Д., Фарманова Г. У.
ГУ РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова

г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Анализ современной мировой литературы лишний раз показывает значительные разногласия среди хирургов относительно эффективности консервативных, инструментальных и хирургических методов лечения больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии. Однако большинство хирургов отдают предпочтение инструментальному методу расширения кардии — кардиодилатации, при этом число хороших и удовлетворительных результатов составляет 75–90%.

Цель

Изучить характер осложнений различных методов кардиодилатации у больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии

Материал и методы

В отделении хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» за период с 1975 по 2018 года находилось на амбулаторном и стационарном лечении 947 больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии.

Результаты и обсуждения

Дилатация аппаратом Штарка выполнена в 36(3,8%) случаях, пневматическая — 829(87,5%) и гидробаллонная — 61(6,4%) дилатации. Бужирование пищевода выполнено 7(0,7%) больным при стенозирующем рефлюкс-эзофагите, который развился после ранее проведенных эзофагокардиомиотомий.

Наиболее часто встречающимся осложнением при проведении миниинвазивных вмешательств является обострение эзофагита — у 67(7,2%), в связи с чем, всем пациентам успешно проведена консервативная терапия; кровотечение из слизистой кардии и дистального отдела пищевода развилось у 36(3,9%) больных, проведена соответствующая консервативная терапия с полной остановкой кровотечения; перфорация пищевода в зоне кардиоэзофагеального перехода наступила у 1 больной с ахалазией II ст во время второго сеанса кардиодилатации аппаратом Штарка, в связи с чем больная экстренно оперирована — выполнено ушивание дефекта пищевода с фундопликацией; инвагинация желудка в просвет пищевода наступило у 1 больного с III стадией ахалазии кардии во время первого сеанса кардиодилатации из-за несмыкания браншей аппарата Штарка, в связи с чем пациент в экстренном порядке оперирован и выполнена дезинвагинация желудка. Летальных исходов не отмечалось.

Заключение

Частота осложнений дилатации при лечении больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии зависит от использованных вариантов кардиодилататоров. При этом наиболее оптимальные результаты получены у пациентов после пневматической и гидробаллонной дилатации. Наиболее грозными осложнениями кардиодилатации являются перфорация пищевода и инвагинация желудка в просвет пищевода, что требует экстренного хирургического лечения.

АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КАРДИОДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОСПАЗМОМ И АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ

Низамходжаев З. М., Лигай Р. Е., Цой А. О., Хаджибаев Ж. А., Нигматуллин Э. И., Бекчанов Х. Н., Абдукаримов А. Д., Фарманова Г. У.
ГУ РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова

г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Кардиоспазм и ахалазия кардии относятся к группе нейро-мышечных заболеваний, которые по статистическим данным составляют до 21% от всех хирургических патологий пищевода, уступая по частоте лишь онкологическим поражениям, рубцовым стриктурам и грыжам пищеводного отверстия диафрагмы. Применение исключительно медикаментозной терапии в лечении ахалазии кардии малоэффективно, имеет только вспомогательное значение и, как правило, показано для пациентов, имеющих противопоказания к более инвазивному лечению, или назначается как дополнение при подготовке к хирургическим методам. К наиболее эффективным миниинвазивным методам лечения относятся кардиодилатация, стентирование, эндоскопическое введение ботулотоксина и пероральная эндоскопическая кардиомиотомия, которые выполнимы только при наличии современного эндоскопического оборудования и хорошей квалификации хирургов-эндоскопистов.

Цель

Изучить причины неудовлетворительных результатов кардиодилатации у больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии

Материал и методы

В отделении хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» за период с 1975 по 2018 года находилось на амбулаторном и стационарном лечении 947 больных с ахалазией кардии.

Результаты и обсуждения

Использованы следующие варианты миниинвазивного лечения: дилатация аппаратом Штарка выполнена в 36(3,8%) случаях в 70–80 годах прошлого столетия, однако в настоящее время не применяется из-за своей травматичности. Предпочтение отдается пневматической — 829(87,5%) и гидробаллонной — 61(6,4%) дилатации. Бужирование пищевода полыми бужами выполнено 7(0,7%) больным, однако оно не является методом лечения данной категории пациентов и использовалось только при стенозирующем рефлюкс-эзофагите, который развился после ранее проведенных эзофагокардиомиотомий.

Общее число хороших результатов миниинвазивных методов лечения составило 606(64%), удовлетворитель-

ные — у 280(29,5%) и неудовлетворительные — у 61(6,4%).

Среди причин неудовлетворительных результатов кардиодилатации выделяем следующие:

1. Невозможность проведения миниинвазивных методов лечения устанавливается на основании комплексного обследования больных, при этом отмечается выраженная эзофагоэктазия как пищевода, так и самого кардиоэзофагеального перехода, когда имеется большой риск возникновения перфорации пищевода, в связи с чем, даже не выполняется попытка проведения дилатора. Невозможность миниинвазивных методов лечения в структуре неудовлетворительных результатов составила 22,9% (14 больных), все они были с IV стадией заболевания.

2. Неудачи при попытках проведения дилатора через кардию в структуре неудовлетворительных результатов установлены у 26,2% (16 больных) и возникают по двум причинам:

- из-за выраженных рубцовых изменений в кардии на фоне спазма, в результате чего жесткости кардиодилатора недостаточно для преодоления сопротивления кардии;

- из-за S образной деформации кардии, когда кончик дилатора не удается довести до просвета кардии.

3. Отсутствие эффекта от дилатации — составило чуть более половины случаев 50,8% (31 больных) причин неудовлетворительных результатов. При этом у больных удается провести дилатор через кардию, однако после неоднократных сеансов кардиодилатации не отмечается какого-либо клинического улучшения проходимости пищи, связанного с полной потерей перистальтической активности мышц пищевода и за счет так называемого эффекта «резиновой кардии», когда сразу после дилатации вновь наступает спазм кардии.

Заключение

Причинами неудовлетворительных результатов миниинвазивных методов лечения больных с ахалазией кардии являются невозможность дилатации, неудачи при попытках проведения аппарата через кардию и непосредственно неудовлетворительный результат проведенного курса расширения кардии. При неэффективности и невозможности кардиодилатации необходимо хирургическое лечение, при этом вариант операции зависит от степени запущенности заболевания.

АУТОИММУННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРИВОДЯЩИЕ К РАЗВИТИЮ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА

Оглоблин А.Л.¹, Федотов Л.Е.¹, Спесивцев Ю.А.¹, Бечвая Л.Д.¹, Синявская О.Л.¹, Лучинина Д.В.²

¹ Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии ГОУ ВПО СПб ГПМУ МЗ РФ

² СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», Санкт-Петербург.

📍 г. Ташкент, Узбекистан

Введение

В современной литературе диагностика и лечение стриктур пищевода, вызванных аутоиммунными заболеваниями освещены недостаточно. В своей работе мы постарались дополнить эти данные.

Рубцующий пемфигид (РП) — редкое хроническое аутоиммунное заболевание, сопровождающееся преимущественным поражением слизистых оболочек и в незначительной степени кожи, характеризующееся образованием аутоантител к компонентам дермально-эпидермального соединения [9]. Чаще всего болеют лица старше 60 лет, хотя описаны случаи возникновения заболевания у людей молодого возраста, женщины болеют в два раза чаще, чем мужчины, распространённость заболевания — 3–30 случаев на 1 000 000 человек [7].

Механизм образования рубцовых стриктур пищевода сходен с общим патогенезом заболевания — образование пузырей на одних и тех же местах вызывает рубцовые изменения слизистой оболочки, что в свою очередь приводит к развитию спаек и, как следствие, стриктуры с существенным нарушением функции пищевода, проявляющейся в виде дисфагии.

Еще одним редким аутоиммунным заболеванием, вызывающим стриктуру пищевода, является красный плоский лишай (КПЛ). КПЛ — это хроническое мультифакторное воспалительное, иммунозависимое заболевание кожи и слизистых оболочек, характеризующееся хроническим рецидивирующим течением, торпидностью к проводимой традиционной терапии, полиморфизмом клинических проявлений и возможностью опухолевой трансформации [1].

Распространённость КПЛ варьирует от 0,5 до 4% от общей численности населения, среди заболеваний слизистой оболочки полости рта составляет 30–35%, наиболее часто заболеванием страдают женщины в возрасте 40–60 лет [7]. Группа учёных во главе с David A. Katzka, проанализировав истории болезни и данные гистологических заключений пациентов с жалобами на дисфагию международной клиники «Майо» американского штата Миннесота с 2000 по 2010 г., выявили 27 случаев рубцовой стриктуры пищевода, обусловленной поражением слизистой оболочки КПЛ [5]. Болезнь Крона (БК) впервые описана в 1935 г. американским гастроэнтерологом В. В. Crohn как хроническое неспецифическое воспаление терминального отдела под-



■ Оглоблин А. Л.

вздошной кишки. В мировом сообществе считается, что поражение пищевода при БК описали R. Franklin и S. Taylor в 1950 г. БК — это хроническое неспецифическое гранулематозное воспаление пищеварительного тракта неизвестной этиологии с преимущественным поражением терминального отдела подвздошной кишки, характеризуется стенозом пораженных участков, образованием свищей и внекишечными проявлениями [3].

В Российской Федерации заболеваемость составляет 3,4 случая на 100 000 населения, наиболее часто встречается в возрасте от 20 до 30 лет и у лиц старше 55 лет, мужчины подвержены заболеванию в 2 раза чаще, чем женщины [6]. Поражение полости рта, желудка и двенадцатиперстной кишки встречается примерно у 3–5% больных, а пищевода от 0,3 до 6%, средний возраст данной группы больных 29 лет [8].

Клиника поражения пищевода зависит от глубины и протяженности поражения. Эозинофильный эзофагит (ЭоЭ) как самостоятельное заболевание впервые описал в 1978 г. R. T. Landres у детей, которые находились на лечении с клинической картиной дисфагии [4]. Эозинофильный эзофагит — хроническое иммуноантитенопосредованное заболевание, характеризующееся эозинофильной инфильтрацией слизистой оболочки пищевода и клинически проявляется его дисфункцией. В среднем распространённость ЭоЭ в общей популяции составляет 43–52 случая на 100 000 взрослого населения и встречается во всех возрастных группах, однако чаще в молодом возрасте. Болеют преимущественно мужчины — 75–82% [10].

На всемирном консенсусе в 2007 г. принято, что диагностическим критерием для постановки диагноза является наличие 15 эозинофилов в поле зрения при высоком раз-

решении микроскопа с увеличением в 400 раз [2]. Таким образом, этиология и патогенез рассматриваемых заболеваний остается до конца не изученными, а значит, нет патогенетически обоснованного лечения, что требует изучения этой проблемы.

Цель

Изучение и освещение особенностей клиники, диагностики и лечения стриктур пищевода, вызванных такими редкими иммуноопосредованными заболеваниями как: рубцующий пемфигоид, красный плоский лишай, эозинофильный эзофагит и болезнь Крона.

Материалы и методы

В нашей клинике, в период с 2003 по 2017 годы, находилось на лечении 57 пациентов со стриктурами пищевода, вызванными аутоиммунными заболеваниями, из них: 27 мужчин и 30 женщин. Возраст больных варьировал от 26 лет до 71 года, а средний составил — $54,7 \pm 6,5$ лет. С ЭоЭ было 24 (42%) больных, с КПЛ — 15 (26%), с БК — 10 (18%), а РП — 8 (14%). В случаях РП и КПЛ, подавляющее большинство, составляли пожилые женщины, ЭоЭ и БК чаще страдали мужчины молодого и среднего возрастов. У всех пациентов с КПЛ, РП и БК, поступивших с рубцовой стриктурой пищевода, диагноз был установлен до поступления в клинику. У 16 (67%) больных с ЭоЭ диагноз был установлен на догоспитальном этапе при проведении диагностической ЭГДС.

По результатам анализа данных, полученных при проведении рентгенконтрастного исследования, нами установлено:

- 1) РП и КПЛ, в большинстве случаев, вызывали стриктуру проксимального отдела пищевода, а ЭоЭ и БК — его дистальный отдел, у 7 пациентов с ЭоЭ орган был сужен на всём протяжении;
- 2) при РП и КПЛ стриктуры имели протяжённость до 3 см, а при ЭоЭ и БК — более 3 см.

Эзофагогастродуоденоскопия у больных с РП (Рис. 1), КПЛ (Рис. 2) и БК (Рис. 4) позволила выявить множественные эрозии и поверхностные язвы пищевода, в отличие от них, у больных с ЭоЭ (Рис. 3), язвы и эрозии не визуализировались, но при контакте с эндоскопом возникали линейные травмы слизистого и подслизистого слоёв.

Особенностью РП являлось наличие пузырей на слизистой проксимальнее и дистальнее стриктуры.

Для пациентов с ЭоЭ и КПЛ были характерны белесоватые папулы на слизистой оболочке пищевода. БК сопровождалась гранулематозным разрастанием слизистой оболочки в виде тяжей и псевдополипов. Диагноз в обязательном порядке подтверждали патоморфологическим методом диагностики, 36% больных потребовалось повторное исследование в связи с неинформативностью первичного биопсийного материала, что было обусловлено выраженным эзофагитом на фоне высокой степени активности основного заболевания.

Методом выбора при ведении данной группы больных является сочетание эндоскопического пособия и обязательной сопроводительной, специфической для аутоиммунных заболеваний, терапии, назначенной профильными специалистом. Каждый сеанс дилатации провоцирует обострение основного заболевания, а форсированное бужирование может привести к осложнениям: разрывам стенки пищевода на всю глубину и массивным кровотечениям, поэтому выполнять эндоскопическое пособие необходимо поэтапно, в «щадящем» режиме.

Результаты

Результаты лечения оценивали на 14 сутки, через 12 и 36 месяцев. На 14 сутки после дилатации все пациенты отмечали улучшение состояния, купирования дисфагии, что было подтверждено в ходе рентгеноконтрастного исследования — результат лечения у всех 57 (100%) больных был оценён как хороший. Через год под наблюдением находились 48 (84%) больных, из них у 12 (25%) по данным обследований состояние расценили как компенсированное, данных за рецидив стриктуры не получено. У 28 (58%) пациентов с дисфагией в 2–3 балла, рентгенологическое исследование показало наличие рецидива стриктуры, потребовавшего повторного комплексного лечения. Через 3 года результаты лечения были оценены у 39 (68%) больных: удовлетворительный результат получен у 9 (23%) больных — все они находились под наблюдением специалистов смежных специальностей, рецидив стриктуры был диагностирован у 30 (77%) больных, которые были госпитализированы для очередного этапа лечения.



Рис. 1. Эндофото пищевода пациента с рубцующим пемфигоидом



Рис. 2. Эндофото пищевода пациента с красным плоским лишаем



Рис. 3. Эндофото пищевода пациента с эозинофильным эзофагитом



Рис. 4. Эндофото пищевода пациента с болезнью Крона

Заключение

Таким образом, тщательный сбор анамнеза, правильно выполненное рентгенологическое и эндоскопическое обследование с биопсией позволили подтвердить и уточнить диагноз во всех наблюдаемых случаях и определиться с тактикой лечения. Основным минимально инвазивным методом лечения, направленным на восстановление проходимости органа, является эндоскопическое бужирование, которое следует проводить поэтапно, в «щадящем» режиме и непременно с сопроводительным, специфическим для аутоиммунных заболеваний, ле-

чением, назначенным соответствующим специалистом. От форсированной дилатации необходимо отказаться: у больных, страдающих КПЛ, возникает обострение заболевания с активным рубцеванием, а у пациентов с ЭоЭ и БК ввиду поражения органа на всю толщину, происходит разрыв стриктуры с последующим формированием более стойкого сужения. Высокий процент рецидива стриктуры спустя год и более после лечения связаны с хроническим и волнообразным течением основного заболевания и требуют повторной госпитализации данной группы больных.

Список литературы

1. Белева Н.С. Совершенствование диагностики и комплексного лечения в системе диспансеризации больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14. — Пермь, 2010. — 25 с.
2. Клинические рекомендации по диагностике и лечению эозинофильного эзофагита / Рос. гастроэнтерологическая ассоциация. — М., 2013. — 28 с.
3. Парфенов А.И. Энтерология: руководство для врачей. — 2-е изд., доп. и перераб. — М.: МИА, 2009. — С. 880.
4. Arora A.S., Yamazaki K. Eosinophilic esophagitis: asthma of the esophagus // Clin. Gastroenterol. Hepatol. — 2004. — Vol. 2. — P. 523–530.
5. Katzka D.A., Smyrk T.C., Bruce A.J. et al. Variations in Presentations of Esophageal Involvement in Lichen Planus // Clin. Gastroenterol. Hepatol. — 2010. — Vol. 8, Iss. 9. — P. 777–782.
6. Lachlan J., Warren, Wojnarowska F., Wilkinson J.D. Oesophageal involvement in cicatricial pemphigoid // Australasian J. of Dermatology. — 1997. — Vol. 38, Iss. 3 — P. 148–151.
7. Miller C.S., Epstein J.B., Hall E.H., Sirois D. Changing oral care needs in the United States: the continuing need for oral medicine // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. — 2001. — Vol. 91. — P. 34–44.
8. Sagi L., Trau H. The Koebner phenomenon // Clin. Dermatol. — 2011. — Vol. 29, № 2. — P. 231–236.
9. Schmidt E., Zillikens D. Pemphigoid diseases // Lancet. — 2013. — Vol. 381. — P. 320–332.
10. Sharma V.K., Kim H.J., Das A. et al. A prospective pilot trial of ablation of Barrett's esophagus with low-grade dysplasia using stepwise circumferential and focal ablation (HALO-system) // Endoscopy. — 2008. — Vol. 40. — P. 380–387.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАННЕГО РАКА ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА: ОПЫТ ЭКСПЕРТНОГО ЦЕНТРА

Пирогов С. С., Водолеев А. С., Перфильев И. Б., Сухинд. Г., Хомяков В. М., Рябов А. Б., Карпова Е. С., Телегина Л. В., Веселов В. В., Беляков М. М., Беляева Т. В., Погорелов Н. Н., Николаев А. Л.

МНИОИ им Герцена, филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» МЗ РФ

г. Москва



■ Пирогов С. С.

Введение

В настоящее время в Российской Федерации отмечается значительное увеличение заболеваемости населения гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, и, одновременно с этим, растет и выявляемость наиболее серьезного её осложнения — пищевода Барретта (ПБ). В соответствии с современными международными рекомендациями к ПБ возможно относить только случаи эндоскопически и морфологически подтвержденной кишечной метаплазии эпителия слизистой оболочки пищевода длиной более 1 см. Риск малигнизации ПБ по данным литературы значительно варьирует и составляет, по разным данным, от 2,3% до 17,2% (исследования с 1990 по 2010) год. Подобные различия, вероятно, обусловлены как полиморфизмом исследованных групп пациентов, примененными методами диагностики, различным опытом специалистов и разной трактовкой авторами понятия ранней неоплазии ПБ.

В настоящее время критериями раннего рака ПБ можно считать выявление в пределах сегмента метаплазии интраэпителиальной неоплазии высокой степени (тяжелой дисплазии) (ИНВС) и аденокарциномы (вне зависимости от степени дифференцировки) с инвазией в пределах слизистой оболочки. Опухоли с инвазией в подслизистый слой считать ранними представляется неоднозначным вследствие значительного (от 20% до 40%) риска регионального метастазирования.

Цель

Оценка возможностей современных методов уточняющей эндоскопической диагностики и подходов к эндоскопическому и консервативному лечению у больных ранним раком ПБ.

Материалы и методы

В период с 2012 по 2019 год в МНИОИ им. П. А. Герцена было обследовано 560 больных с впервые выявленным ПБ. Необходимо отметить, что за вышеуказанный период в наш институт для уточняющей диагностики с подозрением на ПБ было направлено 719 пациентов, и, в 159 (22,1%) случаях, по результатам обследования диагноз был снят, так как выявленные в пищеводе изменения не соответствовали международным критериям определения ПБ.

Всем больным была проведена мультимодальная эзофагоскопия с детальным осмотром сегмента метаплазии с применением узкоспектральной эндоскопии (NBI) — 560 больных, узкоспектральной эндоскопии с увеличением $\times 150$ (NBI-ME) — 205 пациентов, близкофокусной узкоспектральной эндоскопии (NBI NF) — 73 больных, аутофлуоресцентной эндоскопии (AFI) — 63 пациента, эндоскопии с увеличением $\times 520$ — $\times 570$ с окраской слизистой оболочки 1% раствором метиленового синего — 21 пациент. Среди всех больных с ПБ неопластические изменения (ИНВС и аденокарцинома) на его фоне были выявлены у 16 пациентов, что составило 2,86%. Необходимо отметить, что у 13 из них (2,31%) неоплазия была выявлена на ранней (Tis-1aN0M0) стадии опухолевого процесса.

Важным является тот факт, что во всех вышеописанных случаях ранний рак ПБ был выявлен именно при обследовании в МНИОИ им. П. А. Герцена у пациентов с направительным диагнозом «кишечная метаплазия слизистой оболочки пищевода», без заранее известного подозрения на наличие неопластических изменений. Также представляется важным тот факт, что нами не было зарегистрировано ни одного случая развития рака на фоне ПБ у пациентов группы мониторинга (840 человек), наблюдающихся в нашем институте и постоянно принимающих ингибиторы протонной помпы (ИПП) (оригинальные рабепразол или эзомепразол) в терапевтических дозах.

Все случаи раннего рака ПБ были классифицированы по макроскопическому типу (в соответствии с модифицированной Парижской классификацией) гистологическому строению, глубине инвазии в стенку пищевода, размеру опухоли, локализации в пределах сегмента метаплазии и эндоскопическим признакам — характеристике ямочного и капиллярного рисунка (в соответствии с рекомендациями Barrett International NBI Group). В случаях применения для уточняющей диагностики ПБ с использованием эндоскопии с увеличением $\times 520$ (эндоцито-

скоп Olympus GIF-H290EC) — x570 (прототип эндоскопоскопа Olympus XEC-300), была использована классификация эндоскопоскопической картины, разработанная в нашем институте, учитывающая признаки полной (BE1a), неполной кишечной метаплазии (BE1b), интраэпителиальной неоплазии низкой степени (BE2), ИНВС (BE3) и высокодифференцированной аденокарциномы (ВДАК) (BE4). У всех пациентов ранним раком ПБ на дооперационном этапе выполнялась оценка глубины инвазии опухоли в стенку пищевода и определение возможной местной распространенности опухолевого процесса с применением эндоскопической ультрасонографии с минидатчиком Olympus UM-DP20–25R с частотой сканирования 20МГц и компьютерной томографии (КТ) с контрастным усилением.

Среди 13 пациентов с ранним раком ПБ было 9 мужчин и 5 женщин, средний возраст составил— 54,9 года (30–77 лет), по гистологическому строению — в 5 наблюдениях была доказана ИНВС, в 8 случаях — ВДАК.

У всех больных ранним раком ПБ нами было выполнено внутривидеоскопическое лечение — в 4 случаях петлевая эндоскопическая резекция слизистой оболочки (EMR), в том числе — 2 наблюдениях — с предварительным частичным окаймляющим разрезом слизистой оболочки, и у 9 пациентов — резекция с диссекцией в подслизистом слое (ESD) с применением ножей Olympus DualKnife и ITKnife / ITKnife Nano.

Результаты

Согласно полученным данным, более чем в половине (7) случаев нами был выявлен плоский (0-IIb) макроскопический тип раннего рака ПБ, несколько реже встречались типы 0-IIIa (3) и 0-IIIc (3). Средний размер опухоли составил 1,06 см (0,3–2 см), длина сегмента ПБ на фоне которого развилась неоплазия — 4,46 см (1,5–10 см). Чаще всего (10 из 13 случаев) ранний рак локализовался в проксимальной части сегмента метаплазии, реже (3 наблюдения) — в середине сегмента. У всех пациентов неопластические изменения локализовались в пределах слизистой оболочки (Tis-T1a). Важно также то, что опухоли в пределах сегмента ПБ, в отличие от раннего рака желудка, не характеризовались мультицентричным ростом.

У 10 из 13 больных ранняя неоплазия ПБ характеризовалась, при осмотре в режимах NBI/NBI-ME/NBI NF, наличием зон с отсутствием ямочного рисунка, в 3 наблюдениях ямочный рисунок был нерегулярным. Архитектонику капилляров нам удалось визуализировать в 10 из 13 случаев (все наблюдения с применением NBI-ME/NBI NF) и во всех из них определялись патологически извитые, но не штопорообразные капилляры, количество их было увеличено и они четко визуализировались на фоне отсутствия ямочного рисунка (Рисунок 1). AFI обеспечило определение раннего рака ПБ во всех 5 случаях её применения, однако еще в 3 наблюдениях была отмечена гипердиагностика вследствие воспалительных изменений слизистой оболочки. Эндоскопия с увеличением x520–570 позволила точно визуализировать наличие опухолевых клеток с гиперхромными увеличенными полиморфными ядрами, потерявшими полярность (BE3) или лежащими хаотичными скоплениями (BE4) (Рисунок 2) в 6 из 7 случаев. КТ с контрастным усилением обеспечила визуализацию неопластических изменений ПБ только в 2 из 13 случаев,

в то время как при эндоскопической ультрасонографии гипоехогенная опухолевая ткань была визуализирована в 12 из 13 наблюдений. В то же время, у 2 из 3 больных с местно-распространенным раком ПБ КТ позволила визуализировать поражение параэзофагеальных лимфатических узлов, однако эндоскопическая ультрасонография с частотой сканирования 20МГц обеспечила точное определение увеличения регионарных лимфатических узлов во всех случаях, что, вероятно, обусловлено близким их расположением к стенке пищевода.

У всех больных опухоли были удалены единым блоком в пределах здоровых тканей, как при использовании метода EMR, так и ESD. Клинически значимых осложнений зарегистрировано не было, среднее время вмешательства составило 15 минут для EMR и 60,6 минут для ESD. Эпителизация пострезекционных дефектов слизистой оболочки и подслизистого слоя на фоне приема двойных доз ИПП отмечены в сроки 4–6 недель.

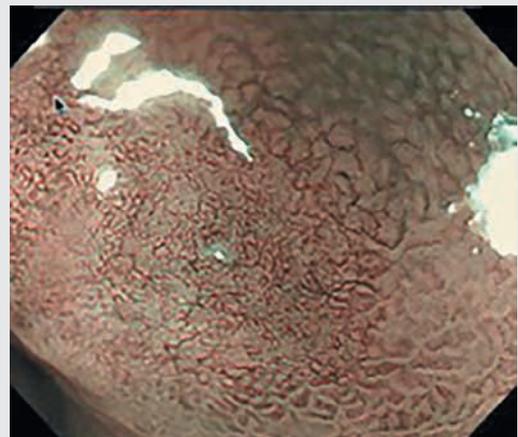


Рис. 1

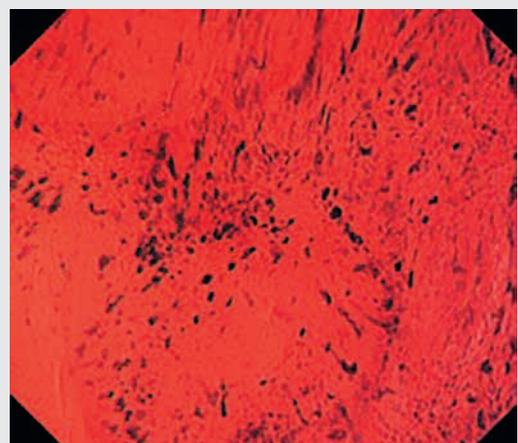


Рис. 2

Ни в одном из случаев после выполнения EMR или ESD, на фоне последующей постоянной терапии ИПП, не было зарегистрировано продолженного роста опухоли, местного рецидива или появления новых очагов неоплазии в сроки наблюдения 1–7 лет.

Выводы

Необходимо учитывать, что ранний рак ПБ обычно имеет плоскую форму и характеризуется небольшими размерами и развивается на фоне длинного сегмента метаплазии, в связи с чем для его выявления необходимо детальное мультимодальное эндоскопическое исследование с применением высокотехнологичных методов уточняющей диагностики. Использование таких

методов эндоскопического лечения, как EMR или ESD, при условии удаления опухоли единым блоком, в лечении больных ранним раком ПБ обеспечивает высокие показатели радикальности лечения. Применение постоянной терапии эффективными ИПП у больных с ПБ без неоплазии и после эндоскопического лечения раннего рака ПБ обеспечивает практически полное отсутствие риска малигнизации в первой группе и безрецидивное течение заболевания у второй, что, вкпе с применением для мониторинга высокотехнологичных методов уточняющей диагностики и невысокой частотой мультицентричного роста опухоли, может позволить избежать необходимости применения методов абляции слизистой оболочки ПБ.

СЛУЧАЙ БЕССИМПТОМНОГО ТЕЧЕНИЯ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА

Попова М. А., Мерзляков М. В., Хапаева Т. Н., Малиновский А. С.
ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница им С. В. Беляева»

📍 г. Кемерово

Эозинофильный эзофагит (ЭоЭ) — хроническое, длительно прогрессирующее заболевание пищевода, со сложной этиологией: иммуноопосредованное и генетически детерминированное, характеризующееся эозинофильной инфильтрацией слизистой оболочки пищевода, с развитием подслизистого фиброза, клинически проявляющееся дисфагией различной степени выраженности. Описывается распространенность заболевания 13–49 случаев на 100 тыс. населения [4, 6, 8].

Первые описания эозинофилии пищевода опубликованы в 70-х годах прошлого века (Р. Лэндерс), в начале 90-х годов ЭоЭ был выделен в отдельный клинико-морфологический синдром, характеризующийся дисфагией на фоне персистирующего эозинофильного воспаления [7].

Диагностика ЭоЭ основана на характерной клинической картине дисфункции пищевода в обязательной совокупности с выявлением эозинофильной инфильтрации слизистой оболочки пищевода при гистологическом исследовании, и связью с воздействием пищевых и воздушных антигенов. ЭоЭ медленно прогрессирующее заболевание, его характер, выраженность жалоб значительно отличаются в зависимости от возраста и длительности анамнеза заболевания. Пациенты страдают от симптомов, свидетельствующих о прогрессирующем сужении просвета пищевода: дисфагия, загрудинные боли и эпизоды вклинения пищи в пищевод. Описаны также случаи спонтанного разрыва пищевода, возникшие у больных ЭоЭ на фоне обтурации пищевым комком (синдром Бурхава, Boerhaave's Syndrome) [5, 7, 8].

В основном пациенты обращаются с жалобами на различные варианты дисфагии: от чувства затруднения прохождения пищи по пищеводу, вплоть до пищеводной рво-

ты, что и становится основанием для проведения ЭГДС. В Японии зачастую изменения пищевода характерные для ЭоЭ обнаруживаются при рутинном ЭГДС-скрининге рака желудка. Сообщается что 0,06% пациентов, имеющие морфологически подтвержденную эозинофильную инфильтрацию пищевода не имеют дисфагии. Также описаны случаи бессимптомного течения и самопроизвольной морфологической ремиссии, если пациент не сталкивается с триггерным аллергеном [2, 3].

Остается вопрос, необходима ли терапия больным с бессимптомной эозинофилией, так как степень риска развития фибростенотических изменений остается неизвестной. Существует мнение, что эозинофилия пищевода с положительным ответом на терапию ИПП, клинически, эндоскопически, гистологически а также генетически неотличима от ЭоЭ и, вероятно является фенотипическим подтипом ЭоЭ [1, 6].

Пациентка Л, 64 года планово госпитализирована в отделение пульмонологии с диагнозом интерстициальное заболевание легких (ИЗЛ), с жалобами на одышку, слабость, гипертермию до 37,5С. При компьютерной томографии органов грудной клетки КТ-картина ИЗЛ, также выявлено изменение пищевода. Пищевод на всем протяжении зияет, максимально до 5,0 см на уровне нижней трети.

Направлена на консультацию хирурга с подозрением на ахалазию пищевода. Жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта не предъявляет. Дискомфорт, боль при проглатывании пищи, прохождении пищи по пищеводу отрицает. Проведена рентгенография с контрастом: пищевод расширен на всем протяжении, максимально



Рис. 1. Расширение пищевода, нарушения эвакуации нет



Рис. 2. Расширение пищевода, атония, истончение стенки пищевода



Рис. 3. Эндофото

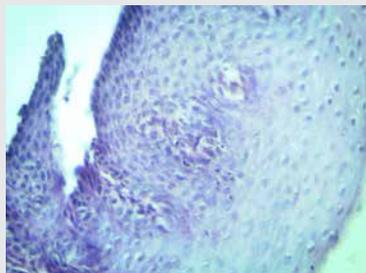


Рис. 4. Массивная эозинофильная инфильтрация эпителия пищевода

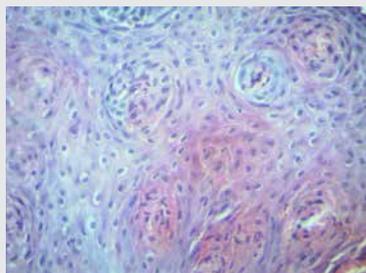


Рис. 5. Массивная эозинофильная инфильтрация эпителия пищевода

до 9,0 см на уровне нижней трети, эвакуация контраста своевременная, стенка пищевода истончена, атонична (Рис. 1, 2).

При эзофагогастроскопии (ЭГДС) выявлено расширение пищевода на всем протяжении до 6,0–7,0 см. В просвете небольшое количество слизи. В нижней и средней трети слизистая оболочка покрыта тонким неравномерным белесым налетом (по типу пленки с бляшкообразными утолщениями), пленка легко снимается биопсийными щипцами. При инсуффляции пленка «растрескивается». Слизистая оболочка розовая матовая тусклая отечная рыхлая. Микрососудистый рисунок скудный, четко прослеживается толь-

ко в узком спектре света. В нижней трети слабо выраженный полциркулярный фиброз. Зубчатая линия просматривается четко, без очагов метаплазии. Волны перистальтики не прослеживаются. При частичной аспирации воздуха из просвета пищевода визуализируется неглубокая продольная исчерченность. Кардия при осмотре из просвета пищевода и из просвета желудка смыкается неплотно (Рис. 3).

Ранее, при проведении ЭГДС в других лечебных учреждениях год назад уже обращал на себя внимание белесоватый налет слизистой, который был расценен как кандидоз, изменений просвета не описано, три месяца назад описано расширение просвета пищевода до 5,0 см, не без каких либо изменений слизистой.

Учитывая выявленные изменения слизистой пищевода, взята биопсия с целью исключения эозинофильного и экссудативного эзофагита, неэрозивной рефлюксной болезни. Слизистая оболочка при взятии биопсии мягкая, малозластичная, легко фрагментируется, скудно кровоточит.

На момент исследования пациентка получала ежедневно около года преднизолон 30 мг, омепрозол 20 мг, андипал — редко. Пищевую непереносимость, атопию отрицает, аллергия — пенициллин. Эозинофилы периферической крови $0,18-0,37 \cdot 10^9$.

Морфологически в поверхностных слоях эпителия обнаружена эозинофильная инфильтрация до 60 клеток в поле зрения, гиперплазия базального слоя эпителия, расширение межклеточных пространств, слущивание поврежденного поверхностного эпителия, гиперкератоз; заключение: эозинофильный эзофагит (Рис. 4, 5).

Выявление случаев ЭоЭ ежегодно возрастает. Однако нет единого мнения о критериях постановки диагноза ЭоЭ у пациентов с положительной эндоскопической картиной подтвержденной морфологически, но без клинических проявлений.

С другой стороны генотипическое родство этих состояний и риск развития фиброзных изменений, также приводит к риску развития дисфагии в отсроченном периоде, а значит, требует контроля и лечения.

Литература:

1. Chehade, M., & Nowak-Wegrzyn, A. The asymptomatic patient with eosinophilic esophagitis. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. 2019, 122(6), 550–551. doi:10.1016/j.anai.2019.03.035.
2. Ishibashi, F., Fukushima, K., Onizuka, R. and Tanaka, R. Risk of progression to eosinophilic esophagitis in patients with asymptomatic esophageal eosinophilia: A retrospective pilot study. 2019: 1–7. doi:10.1002/jgh3.12270.
3. Ishimura, N., Sumi, S., et al. Is asymptomatic esophageal eosinophilia the same disease entity as eosinophilic esophagitis? *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2019,17 (7):1405–1407 doi:10.1016/j.cgh.2018.08.048.
4. Lucendo AJ, Molina-Infante J, Arias Á, et al. Guidelines on eosinophilic esophagitis: evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults. *United European Gastroenterol J*. 2017;5(3):335–358. doi:10.1177/2050640616689525.
5. Tariq T, Rizvi A., Badwal K., Eke R. Spontaneous Intramural Esophageal Rupture: An Uncommon Presentation of Eosinophilic Esophagitis Requiring Endoscopic Clipping. *ACG Case Rep J*. 2018 (26);5. DOI: 10.14309/crj.2018.66.
6. Ивашкин В.Т., Маев И.В. и соавт. Клинические рекомендации российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению эозинофильного эзофагита. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2018;28(6):84–98. doi.org/10.22416/1382-4376-2018-28-6-84-98.
7. Кайбышева В.О., Федоров Е.Д. и соавт. Основные положения рекомендаций Европейского общества по изучению эозинофильного эзофагита. *Доказательная гастроэнтерология*, 2018,(3): 65–90. <https://doi.org/10.17116/dokgastro2018703165>
8. Маев И.В., Дичева Д.Т. и соавт. Диагностика и лечение эозинофильного эзофагита: обзор Европейских рекомендаций 2017. *Consilium Medicum*. 2019; 08: 9–41.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭЗОФАГОПЛЕВРАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Русанов Д. С.^{1,2}, Антипова М. В.^{1,2}, Павелец К. В.^{1,2}, Карпова Р. А.³, Гасанмагомедов С. М.², Синявская О. Л.^{1,2}

¹ ГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский университет»

² СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

³ ГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский университет им. И. П. Павлова»

📍 г. Санкт-Петербург

Актуальность

В настоящий момент применение различных эндоскопических методов закрытия эзофагоплевральных свищей имеет своих недостатки, ограничения и осложнения. В 1990-х годов вакуумная терапия ран является широко распространенным и часто используемым методом лечения обширных инфицированных ран. Разрежение, передаваемое через специальную пористую губку позволяет очистить рану от раневого отделяемого, уменьшает отек, стимулирует микроциркуляцию и рост грануляций, способствует уменьшению раневой полости. К настоящему времени во многих странах накопился достаточный опыт применения эндоскопической вакуумной терапии, более 10 лет. Так Weidenhagen (2003) впервые применил EVAC для лечения несостоятельности ректальных анастомозов, Weidenhagen (2008) применил Endo SPONGE систему для лечения несостоятельности пищеводных анастомозов. Wedenmyer J. в 2010 г. сообщил о 9 пациентах, длительность лечения в среднем 7 дней, успех 88% (Gastrointestinal Endosc., 2010), Brangewitz M. — 32 пациента, 7 дней, 85% успеха (Endoscopy, 2013), Heits N — 10 пациентов, средняя длительность лечения 5,4 дня, успех 90% (Ann Thorac Surg., 2014). В современной отечественной литературе встречаются лишь единичные результаты и материалы об опыте использования данной методики (Хатьков И. Е., Шишин К. В., Недолужко И. Ю., Раны и раневые инфекции, 2016 г)

Цель

Оценить эффективность и показать перспективы эндоскопической вакуумной терапии в лечении «острых» эзофагоплевральных свищей различной этиологии

Материалы и методы

Всего в период с 2016 по 2019 гг в Мариинской больнице находилось 3 пациента с «острыми» эзофагоплевральными свищами различного генеза и этиологии (1 (33,3%) пациент с дефектом правой стенки желудочного трансплантата после резекции пищевода и предшествующей внутрисветовой фотодинамической терапии на дооперационном этапе, 1 (33,3%) пациентка с травматическим разрывом пищевода, 1 (33,3%) пациентка с дефектом в области эзофагогастроанатомоза на фоне ТЭЛА и полиорганной недостаточности). Средний размер дефекта варьировал от 10*4 см до 5*2 см. Все дефекты являлись полностенными, у 2 (66,7%) пациентов они открывались в правую плевральную полость, у 1 (33,3%) в левую. Средний срок от момента перфорации до начала эндоскопической вакуумной терапии составил 3±1,76 дней. Система для эндоскопической вакуумной терапии моделировалась исходя из размеров дефекта, размер пористой губки варьировал от 4 до 7 см в длину, после моделирования последняя устанавливалась на уровне дефекта параллельно эндоскопу при помощи захвата и подключалась к источнику постоянного отрицательного давления 80–110 мм.



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3

рт.ст. Кроме того, 2 (66,7%) проводилась постоянная аспирация из правой плевральной полости.

Результаты

У всех 3 (100%) пациентов отмечено полное устранение дефекта верхних отделов ЖКТ. Уже к 3 смене отмечалось полное очищение полости дефекта от налетов фибрина и гнойного экссудата и появление нежных, розовых грануляций (Рис. 1), в среднем на 10 сутки отмечалась смена характера экссудата с гнойного на серозный и уменьшение его количества. Среднее количество смен системы составило $5 \pm 1,3$ раз, среднее количество одного сеанса терапии $4 \pm 1,7$ дней, на 3 смене вакуумной системе параллельно в 12-перстную кишку проводился назоинтестинальный зонд и пациенту начиналось энтеральное питание (Рис. 2).

В 1 (33,3%) случае имел место летальный исход ввиду нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности, в 2 (66,7%) выздоровление и полное восстановление адекватного перорального питания (Рис. 3).

Выводы

Применение эндоскопической вакуумной терапии для лечения недостаточности пищеводных анастомозов, а так же различных дефектов пищевода является перспективным методом с высокой частотой успешного результата лечения. Вместе с тем метод требует технического обеспечения, расходного материала, наличия необходимого эндоскопического оборудования и инструментария, подготовки специалиста и достаточно длительных сроков лечения.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ СТАДИЙ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА

Струссий Л. П., Джуманиязов Ж. А., Лигаг Р. Е., Омонов Р. Р., Нигматуллин Э. И.
ГУ РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова

📍 г. Ташкент, Узбекистан



■ Струссий Л. П.



■ Джуманиязов Ж. А.



■ Нигматуллин Э. И.

Цель

Изучить возможности эндоскопического стентирования в лечении больных с нерезектабельными стадиями кардиоэзофагеального рака (КЭР)

Материалы и методы

Отделение хирургии пищевода и желудка располагает опытом лечения 518 больных с КЭР с 2001 по 2019 года. Радикальные выполнены у 232(44,8%) пациентов. У остальных 286 (55,2%) по различным причинам процесс признан неоперабельным или нерезектабельным. Из их числа эндоскопические вмешательства для восстановления естественного питания использованы у 123(43%) пациентов.

Результаты

Диатермотуннелизация выполнена в 17(13,8%) случаях, а стентирование опухоли у 106(86,2%) больных.

С 2001 по 2018 гг. в 84 случаях нами использовался стент из силиконовой трубки собственной конструкции. В раннем периоде развились следующие осложнения: кровотечение из зоны опухоли у 12(11,8%), перфорация опухоли у 3(2,97%) и некупируемый болевой синдром у 6(7,1%). Среди поздних осложнений развились: обтурация стента пищей у 18(21,4%), обтурация проксимального отдела стента опухолью 9(10,7%), обтурация дистального отдела стента опухолью — 6(7,1%), миграция стента в желудок

3(3,6%) и миграция в пищевод 1(1,2%). Ресентирование КЭР выполнено у 6(7,1%) больных.

В период с 2018 по 2019 г. у 22 больных с нерезектабельными стадиями КЭР устанавливались саморасширяющиеся полностью покрытые nitinol стенты с антирефлюксным клапаном. Только у 1(4,5%) больного наступила миграция стента в дистальном направлении в желудок, что было обусловлена несоответствием размера с протяженностью опухоли. Больному повторно был установлен стент большей длины — 80*20мм с хорошим результатом. Среди поздних осложнений у 1(4,5%) пациента через 6 месяцев после установки стента отметилась обтурация проксимального отдела стента опухолью, в связи с чем был установлен саморасширяющийся nitinol стент по типу «стент в стент». Осложнений в виде перфорации стенки, кровотечения из зоны опухоли не наблюдалось.

Заключение

Эндоскопическое стентирование является методом выбора для обеспечения естественного перорального питания больных с нерезектабельными стадиями КЭР. Применение силиконовых стентов утратило своё практическое значение у данной категории больных, в виду наличия большого числа осложнений, как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ СТАДИЙ РАКА ПИЩЕВОДА

Струцкий Л. П., Низамходжаев З. М., Джуманиязов Ж. А., Лигай Р. Е., Цой А. О., Нигматуллин Э. И.
ГУ РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова

г. Ташкент, Узбекистан



■ Струцкий Л. П.



■ Низамходжаев З. М.



■ Джуманиязов Ж. А.



■ Цой А. О.



■ Нигматуллин Э. И.

Цель

Изучить характер эндоскопических методов лечения больных с нерезектабельными стадиями рака пищевода (РП).

Материалы и методы

Отделение хирургии пищевода и желудка располагает опытом стационарного лечения 198 больных с нерезектабельными стадиями РП.

Локализация РП: верхняя треть грудного отдела пищевода у 6(3,0%), верхняя и средняя треть у 15(7,6%), средняя треть у 66(33,3%), средняя и нижняя треть у 56(28,3%) и нижняя треть у 55(27,8%) больных.

Протяженность опухоли устанавливалась на основании эндоскопического и рентгенологического исследований: у 32(15,9%) — от 3 до 5 см, у 86(43,9%) — от 6 до 8 см, у 60(30,2%) — от 8 до 10 см и у 20(9,9%) пациентов — более 10 см.

Результаты

Всем 198 больным выполнены эндоскопические вмешательства, которые относятся к мини-инвазивным хирургическим манипуляциям.

Эндоскопическая диатермотуннелизация (ЭДТ) — выполнена у 31(15,6%) больных.

Эндоскопическое бужирование (ЭБ) опухоли пищевода — «насильственное» расширение просвета опухоли пищевода полым бужом, на который укрепляются специальные металлические оливы различного диаметра от 0,9 до 2,4 см — выполнено у 18(9,1%) больных.

С 2001 по 2018 гг. нами проводилось эндоскопическое стентирование (ЭС) пищевода силиконовыми стентами собственной конструкции — у 133(67,2%) больных. При этом в 64 случаях первым этапом выполнена ЭДТ, в 30 — ЭБ и у 39 больных — использовано прямое стентирование.

В период с 2018 по 2019 г. у 16 больных с нерезектабельными стадиями пищевода устанавливались саморасширяющиеся полностью покрытые nitinol стенты с антирефлюксным клапаном. Всем больным ЭС саморасширяющимися стентами проводилось без предварительного расширения опухолевого стеноза. Среди поздних осложнений у 2 пациентов через 3–5 месяцев после установки стента отметилась обтурация проксимального отдела стента опухолью. В связи с этим 1 больному была выполнена ЭДТ и 1 пациенту был установлен саморасширяющийся стент по типу «стент в стент» с хорошим результатом. Осложнений в виде перфорации стенки, кровотечения из зоны опухоли не наблюдалось.

Заключение

Миниинвазивные эндоскопические технологии являются перспективными направлениями в улучшении качества оставшейся жизни больных с нерезектабельными стадиями рака пищевода и могут служить эффективной альтернативой гастростомии, так как отвечают двум основным принципам: минимальная травматичность и возможность естественного перорального питания.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ БУЖИРОВАНИЕ СМЕННЫМИ ОЛИВАМИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА

Струский Л. П., Низамходжаев З. М., Шагазатов Д. Б., Хусанов А. М., Хаджибаев Ж. А.
ГУ РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова

📍 г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Основным методом лечения больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода остается бужирование. При протяженных и извитых стриктурах проведение струны-проводника нередко становится невозможным, в связи с чем эндоскопические технологии в данной ситуации открывают новые возможности.

Материал и методы

В отделении хирургии пищевода и желудка РСЦХ им. акад. В. Вахидова 487 больным с ПРСП выполнены различные варианты инструментального лечения: бужирование по струне у 399 (81,9%), эндоскопическое бужирование сменными оливами — у 28 (5,7%); эндоскопическое стентирование — у 25 (5,1%) больных и гидробаллонная дилатация — у 35 (7,2%) пациентов.

В данной работе будут представлены первые результаты перспективной методики лечения больных с ПРСП — эндоскопического бужирования. Отличием от традиционного бужирования по струне-проводнику являлось использование одного бужа № 24, на который устанавливали расширяющие оливы. Оливы изготавливали из нержавеющей стали, форма оливы напоминает овал, одна из вершин которого более тонкая и является направляющей. Эндоскопическое бужирование использовалось в случаях невозможности проведения струны-проводника под рентгенологическим контролем.

Результаты и обсуждение

ЭБ проведено 28 пациентам, при этом короткая стриктура была у 5, протяженная — у 13, субтотальная — у 7 и тотальная — у 3 больных.

У больных с короткими стриктурами во всех случаях получен хороший результат.

ЭБ при протяженных стриктурах использовано в 13 случаях, при этом хорошие результаты получены у 61,5%, удовлетворительные у 7,7% и неудовлетворительные — у 30,8%. Однако необходимо отметить два немаловажных момента, прежде чем делать обобщающие выводы,

относительно достаточно высокой частоты неудовлетворительных результатов, число которых значительно выше при ЭБ по сравнению с бужированием по струне. Во-первых, ЭБ использовано у тех пациентов, которым не удалось провести струну под рентгенконтролем. Во-вторых, во всех случаях с протяженными стриктурами неудовлетворительный результат был обусловлен перфорацией, несмотря на то, что удалось провести оливу, соответствующей хорошему результату (от 1,2 см до 1,5 см).

Результаты больных с субтотальными стриктурами были следующие: хорошие — у 57,1%, удовлетворительные — у 14,3% и неудовлетворительные также у 28,6% пациентов. Причинами неудовлетворительных результатов были: перфорация после бужирования оливой диаметром 1,2 см и невозможность дальнейшего бужирования, когда удалось провести оливу диаметром только 0,8 см.

Эндоскопическое бужирование при тотальных стриктурах выполнено у 3 пациентов, при этом хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные результаты получено одинаково у всех — по 33,3%. Причиной неудовлетворительного результата явилась невозможность дальнейшего бужирования, когда не удалось провести оливу диаметром более 1,0 см.

Проведенный статистический анализ показал, что протяженность стриктуры достоверно ($p=0.52$) на результаты эндоскопического бужирования не влияет.

Заключение

Частота перфорации пищевода при ЭБ достаточно высокая — 17,8%, однако нельзя не учитывать тот факт, что ЭБ использовано у той категории больных, у которых бужирование по струне не удалось, т. е. у заведомо тяжелой и опасной в плане перфорации категории пациентов. У данной категории больных не использовался рентгенологический контроль, что исключает лучевую нагрузку на пациента и врача. По нашему мнению с целью снижения частоты перфорации необходимо пересмотреть риск перфорации пищевода, даже при протяженных сужениях.

ПЕРОРАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИОТОМИЯ ПРИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА: НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ИНСУФФЛЯЦИИ ГАЗА

Судовых И. Е.^{1,2}, Дробязгин Е. А.^{1,2}, Чикинев Ю.В.^{2,1}

¹ ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

² ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» МЗ РФ

г. Новосибирск



■ Судовых И. Е.

Актуальность

Современные методы внутрисветовой эндоскопии занимают ведущие позиции в лечении пациентов с ахалазией пищевода, и пероральная эндоскопическая миотомия (ПОЭМ) широко внедряется во всем мире. Накопление опыта и внимание к деталям выполнения вмешательства выводят ПОЭМ на высокий уровень безопасности и эффективности.

Материал и методы

ПОЭМ выполнена 42 пациентам с ахалазией пищевода. Первые 7 пациентов оперированы в условиях стандартной скорости инфуляции углекислого газа в зоне оперативного вмешательства, при этом у одного развилась подкожная эмфизема шеи, лица, надключичной области с обеих сторон - купировалась самостоятельно, у двух пациентов интраоперационно диагностирован карбоксиперитонеум (ликвидирован при пункции брюшной полости иглой Вереша), у одного - карбокситоракс (выполнена

пункция плевральной полости). Последующих дополнительных вмешательств не потребовалось.

Полученные результаты

Среди пациентов, прооперированных при обычной скорости подачи углекислого газа через эндоскоп в операционную рану при выполнении ПОЭМ, у 43% отмечены нежелательные явления, ассоциированные с подачей газа. Остальным пациентам ПОЭМ выполняли в условиях низкого потока углекислого газа, и связанных с ним неблагоприятных последствий отмечено не было. Нередко при контрольной рентгеноскопии на следующие сутки после операции отмечается небольшое скопление газа под диафрагмой, что нивелируется самостоятельно и не имеет клинических проявлений и последствий.

Обсуждение

Общеизвестно, что эндоскопические вмешательства в «третьем пространстве», внутри стенки органа, должны выполняться при инфуляции углекислого газа. Однако, значение имеет и скорость подачи газа при манипуляциях в подслизистом слое пищевода и за его пределами. Быстрое поступление большого объема газа за границы зоны оперативного вмешательства может стать неблагоприятным событием даже при использовании углекислого газа, который хорошо диффундирует из тканей и полостей организма. Снижение скорости интраоперационной подачи углекислого газа через эндоскоп - эффективная профилактика нежелательных последствий его использования, повышающая безопасность вмешательства.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ – ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ HELICOBACTER PYLORI ПРИ ГАСТРИТЕ КУЛЬТИ ЖЕЛУДКА

Толкачёв К. С.¹, Кузнецов С. М.², Дубовский А. В.³

¹ ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»

² Операционное отделение филиала № 1 «425 ВГ» Минобороны России

³ ОГБУЗ «Иркутская городская больница № 3»

г. Иркутск



■ Толкачёв К. С.



■ Кузнецов С. М.



■ Дубовский А. В.

Введение

В настоящее время вопрос заболеваемости, инвалидности и смертности от болезней органов пищеварения является актуальной медико-социальной проблемой. Открытие *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) и его определяющей роли в патогенезе хронического гастрита, язвенной болезни и рака желудка, сделанное австралийскими учеными В. Marshall и I. Warren в 1983 году, явилось поистине революционным во взглядах на этиологию возникновения этих заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта. Это позволило выйти на разработку новых, более эффективных этиопатогенетических принципов лечения и профилактики гастроэнтерологических заболеваний. Вместе с тем, несмотря на активное изучение хеликобактерной инфекции, возникают всё новые аспекты патогенного влияния *H.pylori* на различные механизмы гастродуоденальной патологии. Так в последнее время придаётся значение *H.pylori* в возникновении постгастрорезекционных и постваготомических осложнений как воспалительного, так и дистрофического и, возможно, диспластического характера. Однако результаты опубликованных эпидемиологических исследований достаточно противоречивы. Остается все еще неясным, насколько велика связь между *H. pylori* и раком желудка, какие промежуточные этапы патогенеза должны пройти, чтобы предраковые изменения слизистой оболочки желудка реализовались в рак. *H. pylori* вызывает острый воспалительный ответ со стороны слизистой оболочки желудка у большинства инфицированных лиц. При персистенции инфекции у части пациентов развивается активный хронический гастрит, приводящий к атрофии слизистой оболочки, создавая повышенный риск развития аденомы, рака, MALT-лимфомы желудка. В связи с этим становится актуальной идентифи-

кация пациентов, перенёсших резекцию желудка, и тех, кто нуждается в динамическом наблюдении с целью раннего выявления пренеопластических изменений в слизистой оболочке желудка. Несмотря на это, до настоящего времени недостаточно изучены факторы формирования воспалительного и атрофических процессов в слизистой оболочке оперированного желудка. История желудочной хирургии сложилась таким образом, что резекция желудка стала фактически единственным широко распространённым методом операции при желудочной патологии. Несмотря на большое количество проводимых операций, в настоящее время появилась возможность критически оценить это вмешательство в свете изучения его отдалённых последствий. Бесспорно, резекция, выполненная по строгим показаниям, даёт наименьший процент различных функциональных расстройств. Но едва ли можно уменьшить значение проблемы постгастрорезекционной патологии в настоящее время, так как число больных, страдающих различными синдромами и требующих лечения велико, несмотря на снижение количества вмешательств выполненных в плановом и экстренном порядке. Большинство больных с данной патологией длительное время обследуются и лечатся в амбулаторных условиях с различной симптоматикой и диагнозами, тем самым упускается возможность для многих пациентов своевременно диагностировать заболевание и получить реальную помощь и адекватное лечение. Наряду с этим, в кругах врачей общей практики и амбулаторной сети отношение к ранее прооперированным больным весьма неоднозначно. Известно, что у подавляющего большинства больных после резекции желудка, сравнительно быстро развивается хронический гастрит культи. Ежегодный прирост пациентов с атрофическим гастритом составляет — 1.15%. Согласно

различным данным 90% хронических гастритов являются хеликобактерными и атрофический гастрит не является неизбежным исходом возрастной эволюции слизистой, а предопределяется именно инфицированностью *H.pilory*. В свете этих данных возникает предположение о вероятной связи НР-инфекции с воспалительными, атрофическими и дисрегенераторными изменениями слизистой оболочки культуры оперированного желудка. В соответствии с этим становится актуальной идентификация пациентов, перенёвших резекцию желудка, и тех кто нуждается в динамическом наблюдении с целью раннего выявления этих изменений в слизистой оболочке культуры желудка.

Материалы и методы

Обследованы 39 пациентов, перенёвших резекцию желудка, основную группу обследованных составили пациенты со сроком после операции от 0.5 года до 7 лет. Всем пациентам проводили ФГС, при котором производили биопсию вне зоны анастомоза и получали гастробиоптаты, которые использовали для определения *Helicobacter Pylori* инфицирования и изучения цитологической и гистологической картины слизистой оболочки культуры желудка, а также определения степени активности гастрита. В сыворотке крови методом ИФА анализа определяли наличие специфических IgG антител к белковым антигенам *H. Pylori*.

Результаты

После операции по методу Бильрот-1 частота выявления *H.pilory* достигает 78,3%, по Бильрот-2—52,1%. При отсутствии *H.pilory* в слизистой оболочки культуры желудка количество больных с высокой степенью активности хронического гастрита имеет отчетливую тенденцию к уменьшению — 53%, в то время как среди обследованных с II и III степенью активности гастрита — 81% заметно преобладают пациенты с наличием *H. pylori* — инфекции. Результаты исследования показывают, что степень обсеменённости *H.pilory* влияет на активность и тяжесть воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка. Среди наблюдаемых пациентов, имеющих резецированный желудок, можно отметить отчетливое различие гистологической картины слизистой оболочки культуры желудка в зависимости от *H.pylori* — статуса пациента: присутствие НР-инфекции коррелирует с более выраженными атрофическими процессами и активностью воспаления в слизистой оболочке культуры. Предположение влияния *H.pilory* на развитие хронического гастрита культуры подтверждается более выраженными патогистологическими изменениями у пациентов

с НР — положительным статусом по сравнению с пациентами с отсутствием инфекции. Снижение титра на Ig G на 40% от исходного в 100% случаев позволяет судить о эрадикации, несмотря на то, что серонегативность у таких больных наступает в более поздние сроки. Имеется тесная взаимосвязь между частотой, степенью инфицированности и характером морфологических изменений слизистой оболочки оперированного желудка, что позволяет рекомендовать обязательное проведение эрадикационной терапии данной категории пациентов. Оценка эффективности проводимой антихеликобактерной терапии гастрита культуры желудка должна осуществляться не только по частоте устранения инфекции в разные сроки после лечения, но и по динамике патогистологических изменений слизистой оболочки.

Обсуждения

В настоящее время нет чётких представлений, указывающих на то, что адекватная антибактериальная терапия, устраняя *H.pylori*, может служить результатом уменьшения или полного устранения проявлений хронического воспаления в слизистой оболочке желудка, уменьшением степени дистрофических, атрофических и дисрегенераторных процессов. Последнее дает основание рекомендовать проведение антихеликобактерной терапии у пациентов после хирургического лечения язвенной болезни. Таким образом, становится актуальным вопрос о возможности воздействия антихеликобактерных препаратов на слизистую оболочку культуры оперированного желудка с целью уменьшения дисрегенераторных изменений, что в свою очередь приведёт к улучшению клинического течения заболевания, изменению клинико-морфологической картины слизистой оболочки культуры желудка. Это позволит разработать алгоритм прогнозирования и профилактики, определить показания к проведению эрадикационной терапии у пациентов после резекции желудка по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, индивидуализировать подход, разработать программы реабилитации и, тем самым, улучшать результаты лечения постгастрорезекционной патологии у данной категории больных. *H.pilory* является фактором, способствующим, развитию воспаления слизистой оболочки желудка и персистенции инфекции поддерживает это воспаление. Поэтому проведение эрадикации должно способствовать уничтожению бактерии, а терапия гастрита культуры желудка должна осуществляться не только по частоте устранения инфекции в разные сроки после лечения, но и по динамике патогистологических изменений слизистой оболочки и снижению титра антител.

Библиография

1. Аксёнов О.С., Молчанов В.В., Хибин Л.С. Эрадикационная терапия *Helicobacter pylori* при язвенной болезни и её влияние на структурное состояние слизистой оболочки желудка. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии — № 3. — 2000. — С. 24–27.
2. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. — М.: Триада —X, 1998. — С. 80–85, 272.
3. Danesh J. *Helicobacter pylori* infection and gastric cancer: systematic review of the epidemiological studies // Aliment. Pharmacol. Ther. — 1999. — N13. — P. 851–856.
4. Leivonen M., Nordling S., Haglund C. Does *Helicobacter pylori* in the gastric stump increase the cancer risk after certain reconstruction types? // Anticancer Res. — 1997. — Vol.7, N5B. — P. 3893–3896.
5. Мягкова Л.П., Лапина Т.Л. и др. Эффективность лечения язвенной болезни, сочетающейся с пилорическим хеликобактериозом, с учётом отдалённых результатов. Судьба больных после стационарного лечения и оперативных вмешательств. — Смоленск, 1996. — С. 139–141.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН ПИЩЕВОДА У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Фролов П. А., Чуркин М. В., Зеленина П. В.
Областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. М. А. Подгорбунского

г. Кемерово

Актуальность

По данным Всемирной Гастроэнтерологической Организации, частота варикозного расширения вен пищевода (ВРВП) варьирует в пределах от 30% до 70% пациентов с циррозом печени. Приблизительно у 30% пациентов с ВРВП кровотечение происходит в течение первого года после установления диагноза. Риск повторного кровотечения высок, достигая 60-80% в течение года. При этом смертность от впервые возникшего кровотечения из ВРВП достигает 35%.

Материалы и методы

В эндоскопическом отделении в 2019 году пролечено 54 пациента, входящих в единый лист ожидания на трансплантацию печени, с циррозом печени различной этиологии класс В, С по Чайлд-Пью, ВРВП 3 степени с целью первичной и вторичной профилактики кровотечения. Для оценки ВРВП использовалась трехступенная классификация (Soehendra N., Binmoeller K., 1997). У 19 (35%) пациентов в анамнезе имелось кровотечение. Мужчин было 31 (57%), женщин - 23 (43%). Средний возраст $48,7 \pm 3,5$ лет. Эндоскопическое лечение в 30 случаях проводилось под местной анестезией, в 28 – под внутривенной седацией пропофолом. Исследования и лечение проводили эндоскопом GIF-V70 (Olympus). Для лигирования ВРВП использовали эндоскопический лигатор (Endo Stars) с 7 кольцами по стандартной методике. Для склерозирования ВРВП использовали эндоскопический инъектор NM-401L-0523 (Olympus) и раствор этоксисклерола 3% в виде пены для внутрисосудистого введения. В пред- и послеоперационном периоде пациенты получали комплексное фармакологическое лечение.



■ Фролов П. А.

Результаты

Всего выполнено в стационарных условиях 18 процедур склерозирования ВРВП (из них 3 повторно), лигирования — 40 (из них 1 повторно).

В раннем послеоперационном периоде было 1 осложнение в виде пищеводного кровотечения после склерозирования, остановлено консервативно. Сроки госпитализации в среднем составили 4,5 койко-дня. Всем пациентам проводился контрольный осмотр через 2-3 месяца. У всех получены удовлетворительные и хорошие результаты в виде регресса размера и количества ВРВП (1-2 степень), отсутствия эпизодов кровотечения. В течение года 10 пролеченным пациентам проведена ортотопическая трансплантация печени.

Заключение

Эндоскопическая склеротерапия и лигирование ВРВП являются безопасной и эффективной процедурой первичной и вторичной профилактики кровотечения у пациентов с циррозом печени.

ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ ПИЩЕВОДА

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Хихлова А. О., Олевская Е. Р., Науменко О. В.
ГБУЗ ЧОКБ

г. Челябинск



■ Хихлова А. О.



■ Олевская Е. Р.,



■ Науменко О. В.

Плоский лишай (lichen planus) — хроническое воспалительное заболевание, характеризующееся поражением кожи, волос, ногтей, слизистой оболочки полости рта, гортани, половых органов. В структуре дерматологической заболеваемости составляет 0,5–2%. Этиология и патогенез заболевания остаются неуточненными. Существует несколько теорий — аутоиммунная, инфекционная (вирусная), наследственная, нейрогенная, токсико-аллергическая и обменно-метаболических нарушений. Высокий риск заболевания отмечается среди женщин, как правило, старше 50–60 лет [1].

Известно, что в редких случаях в патологический процесс при плоском лишае может вовлекаться слизистая пищевода. В отечественной литературе сведения об этом крайне скудны.

Впервые плоский лишай пищевода описали Al-Shihabi и Lefter в 1982 году [2]. На сегодняшний день в зарубежных публикациях описано около 100 клинических случаев [4]. Поражение слизистой пищевода может предшествовать экстрапищеводным проявлениям плоского лишая, протекать совместно, а также развиваться после них. Зачастую пищеводные проявления сопровождаются поражением слизистой оболочки полости рта. В некоторых случаях плоский лишай может манифестировать только в пищеводе. Основным клиническим проявлением у пациентов являются симптомы прогрессирующей дисфагии и одинофагии. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) позволяет выявить в пищеводе характерную картину, представленную отеком, утолщением и повышенной ранимостью слизистой, часто с налетом фибрина, на фоне которых формируются мембраны и стриктуры включая проксимальные отделы пищевода. Слизистая пищевода, чувствительная к любому механическому воздействию — проведение эндоскопа, захват биопсийными щипцами, разрывается и отслаивается белесоватыми пластами с выраженной кровоточивостью и эрозиванием нижележащих слоев. С учетом неспецифичной эндоскопической картины плоский лишай пищевода может ошибочно быть принят за эрозивный рефлюкс-э-

зофагит, эозинофильный эзофагит, «сползающий» эзофагит, буллезный эпидермолиз, эзофагеальный пемфигус, вирусный эзофагит. Гистологическая картина основана на обнаружении дискератоза эпителия с отслоением, лихеноидной лимфоцитарной инфильтрации и наиболее специфичного признака интраэпителиального апоптоза — телец Сиватта [8]. Однако наличие телец Сиватта при плоском лишае пищевода может выявляться лишь в 40% случаев [5]. Многие ретроспективные исследования показывают, что состояние в большей степени является недодиагностированным чем редким. Так Katzka 2010 г. описал, что определение правильного диагноза у пациентов может длиться годами, в течение которых применяемые методы лечения оказываются неэффективными, что ведет к прогрессированию дисфагии [1]. Установлено, что плоский лишай пищевода является предраковым заболеванием, на фоне которого риск развития плоскоклеточной карциномы возрастает на 6,1% [3]. Основным направлением в лечении плоского лишая пищевода является назначение топических или системных глюкокортикостероидов. При стенозировании пищевода выполняют эндоскопическое бужирование.

Клинический случай

Пациентка 68 лет в сентябре 2018 года обратилась на прием к гастроэнтерологу с жалобами на дисфагию, направлена на проведение ЭГДС. Из анамнеза известно, что затруднение глотания и прохождения пищи беспокоит с 2017 года, в связи с чем похудела на 10 кг, обследовалась по месту жительства, получала лечение без положительного эффекта.

На ЭГДС выявлены гетеротопия слизистой желудка в проксимальном отделе пищевода, эрозивный рефлюкс-эзофагит степени D по Лос-Анджелесской классификации, пептический стеноз средней трети пищевода, признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), хронический гастрит, морфологически верифицированный, без хеликобактерной обсемененности (Рис. 1). Выполнен сеанс эндоскопического бужирования. По данным рентгеноскопии пищевода и желудка подтверждена акси-

альная ГПОД 1 степени. Пациентке был рекомендован курс длительной антирефлюксной терапии. В динамике через 4 и 7 месяцев после курса лечения эндоскопическая картина в пищеводе оставалась прежней, обращало внимание изменение проксимальных отделов пищевода, жалобы сохранялись (Рис. 2). В апреле 2019 года при ЭГДС выполнена биопсия слизистой всех отделов пищевода, по данным которой выявлен паракератоз эпителия пищевода. Пациентка консультирована аллергологом-иммунологом, инфекционистом, ревматологом, фтизиатром. С учетом общеклинических и лабораторных данных был исключен эозинофильный эзофагит, вирусный эзофагит, туберкулез, паразитарные инфекции. Пациентка продолжала принимать ингибиторы протонной помпы, прокинетики. В октябре 2019 года в очередной раз выполнена ЭГДС. В пищеводе, преимущественно в верхней и средней трети, выявлена отечная, тусклая, с фибринозным налетом, ранимая слизистая, которая разрывалась и отслаивалась крупными белесоватыми и прозрачными пластами при введении эндоскопа и биопсии, с выраженной кровоточивостью нижележащих слоев (Рис.3, 4). Просвет пищевода был сужен на всем протяжении, проходим для эндоскопа стандартного диаметра с некоторым усилием. На фоне выраженных воспалительных изменений гетеротопия слизистой же-

лудка в проксимальном отделе пищевода не визуализировалась. Эндоскопические признаки ГПОД сохранялись. По данным гистологического исследования слизистой пищевода обнаружены включения детрита, частично некротизированные участки молодой грануляционной ткани с выраженной лимфоцитарной инфильтрацией. При детальном расспросе о сопутствующих заболеваниях у пациентки удалось выяснить, что несколько лет назад выявлен красный плоский лишай, получала кратковременный курс лечения. При осмотре кожных покровов голеней и паховой области выявлены очаги красного плоского лишая, периодически сопровождающиеся зудом со слов пациентки. Таким образом, был заподозрен плоский лишай с поражением пищевода. Пациентка направлена к дерматологу, получает терапию глюкокортикостероидами. Клинически отметила улучшение, симптомы дисфагии уменьшились.

Заключение

Плоский лишай пищевода — редкое заболевание, протекающее с выраженными симптомами дисфагии, диагностика которого может занимать длительное время. Знание клинических проявлений, эпидемиологических данных, эндоскопической и гистологической картины является ключевым в постановке правильного диагноза и лечения.

Литература

1. Katzka DA, Smyrk TC, Bruce AJ, et al. Variations in presentations of esophageal involvement in lichen planus. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc.* 2010;8:777–782.
2. Nielsen JA, Law RM, Fiman KH, et al. Esophageal lichen planus: a case report and review of the literature. *WJG.* 2013;19(14):2278–2281.
3. Codipilly, D. C., Ravi, K., Sunjaya, D., Fang, H., Arora, A., & Katzka, D. (2018). Esophageal Lichen Planus and Squamous Cell Carcinoma: Characteristics and Risk in a Large Tertiary Referral Center. *Clinical Gastroenterology and Hepatology.*
4. Carbonari, A. P. C., Imada, R. R., Nakamura, R., Araki, O., Cristina, K., Balancin, M. L., & Ibrahim, R. E. (2018). Esophageal lichen planus: An unusual cause of dysphagia in the elderly. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 64(3), 214–216.
5. Teixeira C, Alves AL, Cremers I. Esophageal lichen planus: a rare case. *Rev Esp Enferm Dig.* 2018 Jan;110(1):67–68.
6. Sato, Y., Takenaka, R., Matsumi, A., Takei, K., Okanou, S., Yasutomi, E., ... Fujiki, S. (2018). A Japanese Case of Esophageal Lichen Planus that Was Successfully Treated with Systemic Corticosteroids. *Internal Medicine*, 57(1), 25–29.
7. Despalatovic B, Bratanic A, Puljiz Z, Bozikovic J. Esophageal Stenosis in a Patient with Lichen Planus. *Case Rep Gastroenterol.* 2019 Mar 7;13(1):134–139.
8. Schauer, F., Monasterio, C., Technau-Hafsi, K., Kern, J. S., Lazaro, A., Deibert, P., Kreisel, W. (2019). Esophageal lichen planus: towards diagnosis of an underdiagnosed disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 1–10.



Рис. 1. Плоский лишай пищевода, схожий с картиной эрозивного рефлюкс-эзофагита степени D



Рис. 2. Плоский лишай с поражением проксимального отдела пищевода



Рис. 3. Отслаивание слизистой, сужение просвета при плоском лишае пищевода



Рис. 4. Отслаивание пласта слизистой пищевода в момент биопсии при плоском лишае

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ BARRX ПРИ ПИЩЕВОДЕ БАРРЕТТА

В СПбГБУЗ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 40»

Щербак С. Г., Гладышев Д. В., Коваленко С. А., Эфендиев А. О., Рыженкова И. С., Болдырева Е. В., Трусов И. А., Андреева Е. И., Лоханова М. А.
СПб ГБУЗ «ГБ № 40»

г. Санкт-Петербург



■ Щербак С. Г.



■ Гладышев Д. В.



■ Коваленко С. А.



■ Эфендиев А. О.



■ Рыженкова И. С.



■ Болдырева Е. В.,



■ Трусов И. А.



■ Андреева Е. И.

Ранняя диагностика онкологических заболеваний органов пищеварения стала стратегическим направлением современной гастроэнтерологии и онкологии. Рак пищевода в общей структуре онкологической смертности среди раков желудочно-кишечного тракта занимает 3 место в России (А. Д. Каприн, Состояние онкологической помощи населения России в 2018г, М.: МНИИ им. П. А. Герцена, 2019. 236с.). Растущее внимание к проблеме пищевода Барретта вызвано увеличением риска развития аденокарциномы, что определяет его как факультативное предраковое заболевание. Аденокарцинома пищевода и дисплазия высокой степени ежегодно диагностируется у 0,4–0,6% больных с пищеводом Барретта с кишечной метаплазией (Ивашкин В. Т., Маев В. И., Трухманов А. С., Баранская Е. К., Дронова О. Б., Зайратьянц О. В., Сайфутдинов Р. Г., Шептулин А. А., Лапина Т. Л., Пирогов С. С., Кучерявый Ю. А., Сторонова О. А., Андреев Д. Н. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2017;27(4).75–95с).

При своевременном выявлении и лечении пищевода Барретта возможно остановить неопластическую прогрессию и предотвратить развитие злокачественного поражения.

Пищевод Барретта — это приобретенное состояние, являющееся осложнением ГЭРБ, развивающееся в результате замещения разрушенного многослойного плоского эпителия пищевода, специализированным цилиндрическим эпителием (метаплазия).

В СПбГБУЗ «Городская больница № 40» используются следующие виды эндоскопического лечения пищевода Барретта:

- Радиочастотная абляция с использованием BARRX (РЧА),
- Аргоноплазменная коагуляция (АПК),
- Петлевая резекция слизистой пищевода.

С 2016 года по 2018 год было выполнено 10 АПК и 2 петлевые резекции слизистой пищевода. Из них:

- 8 пациентов — АПК с фундопликацией. Рецидива нет.
- 2 пациента — АПК без фундопликации. Выявлен рецидив.
- 2 пациента — петлевые резекции слизистой пищевода. Рецидива нет.

С 2018 года в СПбГБУЗ «Городская больница № 40» применяется эндоскопическая РЧА BARRX при пищеводе Барретта согласно Рекомендациям Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE).

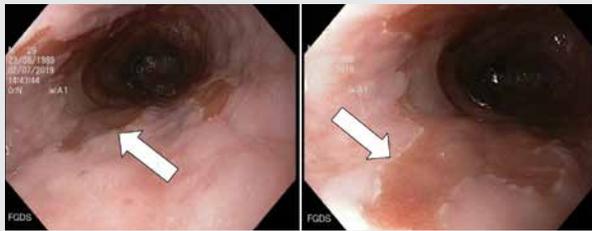


Рис. 1. Пищевод Барретта

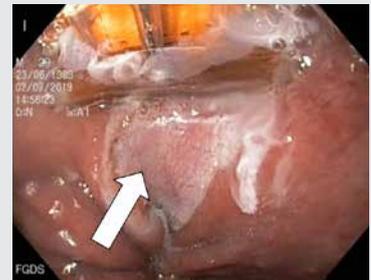


Рис. 2. Выполнение РЧА фокальным зондом. Зона РЧА



Рис. 3. Выполнение РЧА фокальным зондом. Фокальный зонд



Рис. 4. Состояние после РЧА, контрольная ВЭГДС через 3 месяца
Нормальная слизистая пищевода

По настоящее время было выполнено 20 РЧА. Из них:

- 13 пациентов — РЧА с фундопликацией. Рецидива нет.
- 2 пациентов — РЧА без фундопликации. Планируется 2 этап РЧА.
- 5 пациента — РЧА без фундопликации. Планируется контроль через 3 месяца.

Основываясь на рекомендациях ESGE, результатах международного применения РЧА, а также нашего опыта при лечении пищевода Барретта, стоит отметить,

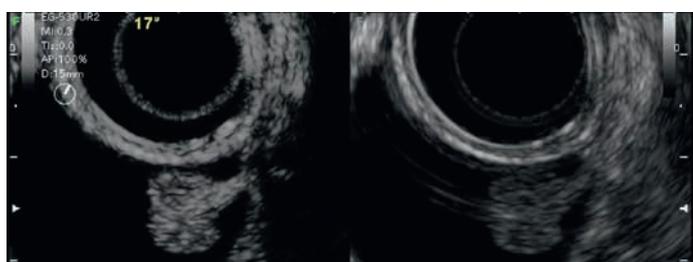
что данный метод имеет ряд достоинств, а именно: безопасность (контролируемая глубина воздействия, низкий риск осложнений), быстрота и простота выполнения процедуры, быстрая последующая эпителизация. В ряде случаев данный метод будет являться начальным этапом в лечении ГЭРБ, предполагающим в дальнейшем проведение консервативной терапии или выполнения фундопликации для устранения рефлюкса, являющегося патогенетическим фактором неопластической прогрессии.

Новая ультразвуковая система Fujifilm SU-1

EG-580UT EG-580UR EB-530US

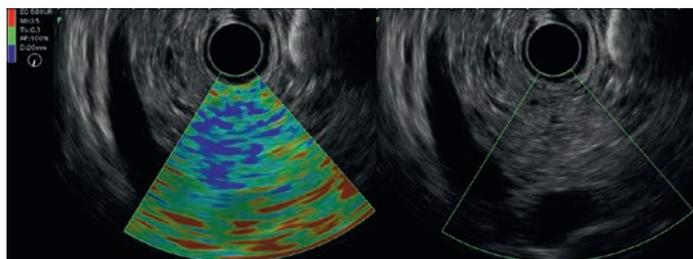
Ультразвуковой блок SU-1

Гастроскопы EG-580UR / EG-580UR



Режим работы с контрастом

Изображения создаются путем выделения сигналов высших гармоник, генерируемых введенным контрастным веществом, что помогает обнаруживать и классифицировать опухоли и аномальные образования.



Режим эластографии

Относительная плотность тканей визуализируется цветовой шкалой от синего до красного, позволяя получить больше информации о структуре объекта.

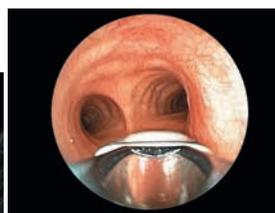


Режим цветового и энергетического Допплера

Оценка характеристик кровотока в тканях исследуемой области.

Бронхоскоп EB-530US

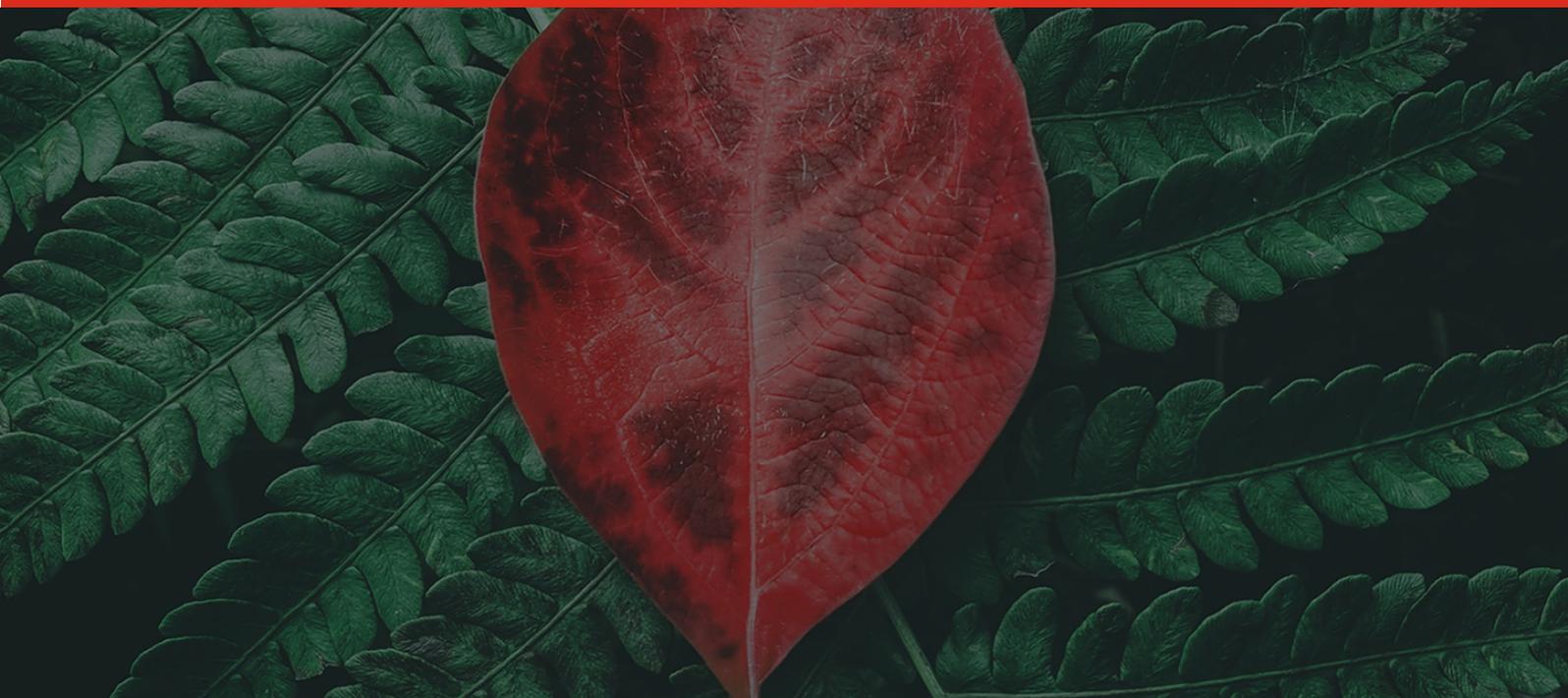
Оценка характеристик кровотока в тканях исследуемой области.





актуальные вопросы
Эндоскопии
Санкт-Петербург

ЖЕЛУДОК



#эндоскопия ❤️

Моторизированный
спиральный видеэнтероскоп



Одноразовая
спиральная шинирующая трубка

PowerSpiral

Инновация в энтероскопии

Инновационное решение, воплощенное в объединении мягкой спиралевидной шинирующей трубки и интегрированного в энтероскоп мотора, позволит Вам осуществлять интубацию тонкой кишки и проводить тотальную энтероскопию значительно быстрее. Почувствуйте все преимущества инновационной технологии спиральной энтероскопии:



Легкое и быстрое введение



Точное позиционирование для эндотерапевтических вмешательств



Существенное сокращение времени, затрачиваемого на процедуру

Посетите наш сайт:



www.olympus.com.ru

ООО «Олимпас Москва»

107023, г. Москва, ул. Электrozаводская, д.27, стр. 8 | Тел.: +7 (495) 926-70-77 | www.olympus.com.ru

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕЦИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЖЕЛУДКЕ

Бордилов М. В.^{1,2}, Плахов Р. В.^{1,2}, Горбачев Е. В.^{1,2}, Житарова И. В.², Федоров Е. Д.^{1,2}

¹ ГБУЗ ГКБ № 31 Департамента здравоохранения

² ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

г. Москва



■ Бордилов М. В.



■ Плахов Р. В.



■ Горбачев Е. В.



■ Житарова И. В.



■ Федоров Е. Д.

Актуальность

Современные методы внутрисветовой эндоскопической хирургии — эндоскопическая резекция слизистой оболочки (ЭРСО) и эндоскопическая диссекция подслизистого слоя (ЭДПС) с каждым годом все шире применяются для удаления поверхностных эпителиальных новообразований (ПЭН) и субэпителиальных образований (СубЭПО) желудка.

Основной принцип эндоскопического лечения новообразований желудка с использованием данных методов — это удаление части слизистой оболочки и подслизистого слоя стенки желудка, несущих образование, с захватом здоровых тканей.

На завершающем этапе операции формируется значимый по размерам и глубине послеоперационный дефект слизистой оболочки и подслизистого слоя желудка. Агрессивное влияние желудочного сока на незащищенную послеоперационную рану может привести к увеличению ее размеров и глубины, а также к повреждению сосудов в ее дне с дальнейшим развитием геморрагии. Вот почему данные методы, являясь относительно малоотравматичными, как и любое другое оперативное вмешательство сопровождаются послеоперационными осложнениями.

Одним из наиболее значимых осложнений является кровотечение, которое осложняет послеоперационное течение после эндоскопических резецирующих вмешательств на желудке до 22% случаев [1,2,3]. Целью работы послужило определение факторов риска развития кровотечения у пациентов после эндоскопического удаления новообразований желудка.

Материалы и методы

В проспективное рандомизированное исследование вошли 82 (100%) пациента в возрасте от 37 до 85 лет (средний возраст $65,6 \pm 11,3$ лет), которые были в плановом порядке прооперированы эндоскопически с января 2012 года по декабрь 2019 года. Женщин было 58 (70,7%), мужчин 24 (29,3%). Всего было удалено 87 новообразований желудка, так как пяти (6,1%) пациентам одномоментно было выполнено удаление 2-х новообразований желудка. Всего в рамках исследования было выполнено 50 (57,5%) ЭРСО и 37 (42,5%) ЭДПС, в том числе в 1 случае — гибридная ЭДПС.

В конце каждого вмешательства проводилась визуальная оценка дна послеоперационной раны и при необходимости выполнялся лечебный или профилактический гемостаз с использованием методов аргоно-плазменной коагуляции (АПК), электрокоагуляции эндограспером, эндоскопического клипирования или их комбинаций. Также в конце вмешательства выполнялось внутривенное введение первой дозы препарата «Пантопразол» в дозировке 80 мг, далее проводилось введение препарата по 80 мг 2 раза в день внутривенно в течении 3 дней после вмешательства, после чего пациенты принимали препарат перорально 40 мг 2 раза в день на протяжении до 1 месяца после операции. На вторые сутки после операции всем пациентам выполнялось контрольное эндоскопическое исследование, перед которым проводилась блоковая стратификационная рандомизация методом конвертов на 2 группы: «Пан» и «Пан+Гем».

Пациентам в группе «Пан» предполагалось выполнение контрольного осмотра без гемостатических мероприятий,

Табл. 1. Общая характеристика пациентов по результатам рандомизации

Характеристика	«Пан»	«Пан+Гем»	Всего	p
Всего пациентов: мужчин женщин	43 (52,4%) 13 (30,2%) 30 (69,8%)	39 (47,6%) 11 (28,2%) 28 (71,8%)	82 (100%) 24 (29,3%) 58 (70,7%)	0,841
Ср. Возраст, лет	65,6±10,4	65,4±12,2	65,6±11,3	0,802
Физический статус: ASA I ASA II ASA II	4 (9,3%) 30 (69,8%) 9 (20,9%)	5 (12,8%) 26 (66,7%) 8 (20,5%)	9 (11,0%) 56 (68,3%) 17 (20,7%)	0,764
Р-ры новообразований, мм	21,1±9,9	16,6±8,1	19,1±9,3	0,050
Операции: ЭРСО ЭДПС ЭРСО+ЭДПС Гибридная ЭДПС	21 (48,8%) 20 (46,5%) 1 (2,3%) 1 (2,3%)	24 (61,5%) 13 (33,3%) 2 (5,1%) 0 (0%)	45 (54,9%) 33 (40,2%) 3 (3,7%) 1 (1,2%)	0,287
Время операции, мин	70±44,5	66,2±43,9	67,6±44	0,617
Р-ры п/о дефекта, мм	24,7±16,5	16,6±10,5	23,3±14,6	0,529

за исключением случаев выявленного рецидива кровотечения, либо крайне высокого риска развития послеоперационного кровотечения (появление в дне послеоперационной раны обнажённых сосудов размером более 2 мм). Пациентам в группе «Пан+Гем» по показаниям предполагалось выполнение профилактики кровотечения методом эндоскопического клипирования в комбинации с применением препарата «Пантопризол». Распределение пациентов по группам представлено в табл. 1.

На завершающем этапе операции кровотечение отмечалось в 7 наблюдениях: у 4 пациентов в группе «Пан» и 3-х — в группе «Пан+Гем», все они были остановлены эндоскопически. Также дополнительно профилактический гемостаз в конце операции выполнялся еще 13 пациентам в группе «Пан» и 13 пациентам в группе «Пан+Гем».

Результаты

При контрольном осмотре на 2 сутки после операции чистое дно послеоперационной раны без признаков кровотечения отмечалось в 22 случаях в группе «Пан» и в 23 случаях в группе «Пан+Гем», тромбированные сосуды в дне раны диаметром менее 1 мм без признаков геморрагии отмечались в 14 и 7 случаях соответственно. Крупные (более 1 мм) сосуды в дне послеоперационного дефекта встретились у 5 пациентов группы «Пан» и 9 пациентов группы «Пан+Гем», из данной категории пациентов 1 в группе «Пан» был выполнен гемостаз с учетом высокого риска кровотечения и всем 9 пациентам группы «Пан+Гем».

Картина активного или состоявшегося кровотечения при контрольном осмотре отмечалась у 3 пациентов, из них 2 в группе «Пан» и 1 в группе «Пан+Гем». Еще у одного пациента группы «Пан+Гем» кровотечение развилось после

выписки из стационара на 14 сутки после операции. Все случаи геморрагии в послеоперационном периоде не потребовали выполнения хирургического вмешательства и с успехом были скорректированы эндоскопически. Гладкое течение послеоперационного периода отмечалось у 66 (%) пациентов обеих групп, из них 36 (83,7%) в группе «Пан» и 30 (76,9%) в группе «Пан+Гем». Кровотечение как осложнение течения послеоперационного периода было встречено в 4,87% наблюдениях (4/82 пациентов). Результаты контрольного эндоскопического осмотра представлены в табл. 2.

Статистический анализ течения послеоперационного периода проводился по 18 характеристикам с использованием непараметрического критерия хи-квадрат Пирсона, точного критерия Фишера и критерия Манна-Уитни. Проводилось сравнение групп «Пан» и «Пан+Гем» — группы статистически значимых различий не имели. При сравнении группы пациентов, у которых в послеоперационном периоде развилось кровотечение, и группы пациентов с гладким течением послеоперационного периода имелись статистически значимые различия в наличии сосудистых структур в его дне ($p=0,001$), потребовавших выполнения гемостатических мероприятий ($p=0,002$). Также дополнительно была выделена группа из 9 (11%) пациентов, в которую были включены 4 (4,8%) пациента, течение послеоперационного периода которых было осложнено кровотечением, и 5 пациентов (6,1%), у которых при контрольном осмотре в дне послеоперационной раны отмечались крупные тромбированные сосуды (диаметром >1,5 мм) с высоким риском развития геморрагии.

Выполнено сравнение данной группы с группой пациентов с гладким течением послеоперационного периода — имелись статистически значимые различия в размерах по-

Табл. 2. Результаты контрольной ЭГДС на вторые сутки после операции

Критерий оценки	«Пан»	«Пан+Гем»	Всего	p
Характеристика дна: Чистое дно	22 (51,2%)	23 (59%)	45 (54,9%)	0,489
Сосуды <1 мм	14 (32,6%)	7 (17,9%)	21 (25,6%)	
Сосуды >1 мм / энд.гемостаз	5/1* (11,6/2,3%)	9/9 (23,1%)	14 (17,1/12,2%)	
Кровотечение при контрольном осмотре	2 (4,6%)	1 (2,5%)	3 (3,7%)	0,921
Эндоскопический гемостаз	3 (7%)	9 (23,1%)	12 (14,6%)	0,039
Всего	43 (100%)	39 (100%)	82 (100%)	

* — вынужденный гемостаз у пациента группы «Пан», у которого при контрольной ЭГДС в дне определялись 2 сосуда размером более 2 мм.

слеоперационного дефекта ($p=0,047$), а также в наличии сосудистых структур в его дне ($p=0,021$), потребовавших выполнения гемостатических мероприятий ($p=0,007$).

Заключение

Факторами риска кровотечения в послеоперационном периоде у пациентов после эндоскопического удаления новообразований желудка являются: наличие обнажённых сосудов в дне послеоперационной раны в завер-

шении операции, которые потребовали выполнения эндоскопического гемостаза, в также размеры послеоперационной раны более 20 мм. Наличие данных признаков, наряду с проведением адекватной антисекреторной терапии, делает целесообразным выполнение контрольного эндоскопического осмотра на 2 сутки после операции с целью оценки динамики течения послеоперационной раны и осуществления эндоскопического гемостаза по показаниям.

Список литературы

1. Choi CW, Kim HW, Kang DH, Hong YM, Kim SJ, Park SB, Cho M, Kim DJ, Hong JB. Clinical outcomes of second-look endoscopy after gastric endoscopic submucosal dissection: predictive factors with high risks of bleeding. *Surg Endosc.* 2014; 28:2213–2220.
2. Mochizuki S, Uedo N, Oda I, Kaneko K, Yamamoto Y, Yamashina T, Suzuki H, Kodashima S, Yano T, Yamamichi N, et al. Scheduled second-look endoscopy is not recommended after endoscopic submucosal dissection for gastric neoplasms (the SAFE trial): a multicentre prospective randomised controlled non-inferiority trial. *Gut.* 2015;64: 397–405.
3. Nakamoto S, Sakai Y, Kasanuki J, et al. Indications for the use of endoscopic mucosal resection for early gastric cancer in Japan: a comparative study with endoscopic submucosal dissection. *Endoscopy* 2009; 41:746–50

ВОЗМОЖНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ТРАКЦИИ ОПУХОЛИ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ С ДИССЕКЦИЕЙ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ (ESD)

Вербовский А.Н.¹, Пирогов С.С.², Якимчук Р.И.¹, Балалыкин А.С.¹

¹ ГБУЗ МО «КГБ №1», г. Красногорск

² Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена, филиал ФГБУ «НМИЦ Радиологии» МЗ РФ

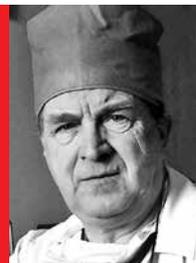
г. Москва



■ Вербовский А.Н.



■ Пирогов С.С.



■ Балалыкин А.С.

Введение

Впервые эндоскопическое удаление полиповидного новообразования желудка выполнено в 1970 году в Японии (К. Tsuneoka и Т. Uchida), а в России — в 1972 г. (Балалыкин А.С.) в клинике В.С. Савельева. Основным недостатком эндоскопической петлевой электроэксцизии является ограничение резецируемой ткани по площади, так как удалить единым блоком возможно образование величиной не более 2 см. В 1998 году японскими специалистами К. Hosokawa и S. Yoshida был представлен метод эндоскопической резекции слизистой оболочки диссекцией в подслизистом слое (endoscopic submucosal dissection — ESD), позволяющий выполнять удаление эпителиальных новообразований пищеварительного тракта размерами более 2 см.

Расширенные показания к выполнению ESD в желудке

1. Высокодифференцированная аденокарцинома в пределах слизистой оболочки любых размеров без изъязвления.
2. Высокодифференцированная аденокарцинома в пределах слизистой оболочки с изъязвлением, но площадью менее 30 мм.
3. Высокодифференцированная аденокарцинома с инвазией в наружный отдел подслизистого слоя $\leq 500 \mu\text{m}$, но площадью менее 30 мм.
4. Низкодифференцированная аденокарцинома в пределах слизистой оболочки, без изъязвления и менее 20 мм [4, 5].

Показания для ESD в толстой кишке

1. Образования, требующие резекции единым блоком, и образования, которые не удалось удалить при помощи эндоскопической петли:
 - негранулярный тип латерально стелющейся опухоли LST-NG, особенно псевдо-углубленный тип LST-NG (PD);
 - образования с VI типом ямочного рисунка по классификации Kudo (2010);
 - рак с подслизистой инвазией $\leq 1000 \mu\text{m}$;
 - большие углубленные образования;
 - большие возвышающиеся образования, подозрительные в отношении аденокарциномы.
2. Образования слизистой оболочки с фиброзом подслизистого слоя.
3. Спорадические опухоли на фоне неспецифического язвенного колита.
4. Локальный рецидив опухоли после EMR.

Однако метод ESD в большинстве стран широко не распространён из-за сложности технического выполнения и риска развития осложнений, в частности, перфорации стенки органа (4–10%).

В последнее время появляется все больше тракционных методик, позволяющих лучше визуализировать подслизистый слой, уменьшить время вмешательства и избежать развития перфораций.



Рис. 1



Рис. 2

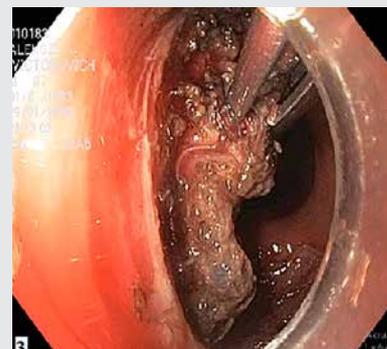


Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6

Цель исследования

Оценить эффективность методик тракции при ESD, выполняемой при поверхностных эпителиальных образованиях пищеварительного тракта.

Материалы и методы. В период с 2015 по 2020 гг. нами было выполнено 27 эндоскопических диссекций в подслизистом слое по поводу поверхностных эпителиальных новообразований и субэпителиальных опухолей пищеварительного тракта. Возраст больных от 28 до 86 лет. Соотношение мужчин и женщин 15:12. Из 27 больных образования в верхнем отделе пищеварительного тракта встретились у 10 человек и у 17 пациентов — в нижнем отделе. Все эпителиальные образования разделены на подтипы в соответствии с Парижской классификацией. Размер образований составлял от 8 до 120 мм.

Образования верхних отделов пищеварительного тракта

Эпителиальные образования: 1- высокодифференцированная аденокарцинома субкардиального и антрального отделов желудка, тип 0-IIa (3 случая); 2 — кишечная метоплазия с дисплазией высокой степени, тип 0-IIa (2 случая); 3 — аденома желудка, тип 0-IIa (1 случай).

Субэпителиальные образования: 1 — нейроэндокринная опухоль (НЭО) III типа субкардиального отдела желудка (1 случай); 2 — НЭО I типа тела желудка (1 случай); 3 — злокачественная шваннома пищеводно-желудочного перехода (1 случай); гастроинтестинальная стромальная опухоль (ГИСО) тела желудка (1 случай).

Образования нижних отделов пищеварительного тракта.

1-аденома прямой кишки, тип LST (3 случая); 2- аденома прямой кишки, тип 0-IIa (2 случая); 3 — аденома сигмовидной кишки, тип 0-IIa (1 случай); 4 — аденома сигмовидной кишки, тип 0-Is (1 случай); 5 — аденома сигмовидной кишки, тип LST (3 случая); 6- аденома восходящей ободочной кишки, тип 0-IIa (2 случая); 7 — аденома купола слепой кишки, тип 0-Is (1 случай); 8 — аденома купола слепой кишки, тип LST (4 случая).

Для выполнения эндоскопических подслизистых диссекций было использовано оборудование: видеоэндоскопическая система Olympus EVIS EXERA II; гастроинтестинальный видеоэндоскоп GIF-Q180; электрохирургические ножи Olympus DualKnife (KD-650L), Finemedix (Korea) L-тип и Q-тип; распыляющий спрей-катетер Olympus (PW-205); одноразовая игла-инжектор Olympus Injector Force Max; одноразовый прямой дистальный прозрачный колпачок Olympus (D-201-11-34); одноразовые электрохирургические гемостатические щипцы Olympus Coagrasper (FD-410LR); эндоскопические клипсы EndoStars E-Clip; устройство Endolifter фирмы Olympus и полисахаридная гемостатическая система EndoClot (EndoClotPlusInc, SantaClara, California, UnitedStates); электрохирургический блок — Olympus ESG-100.

Для тракции нами были использованы клипсы Olympus и EndoStars E-Clip; зубная и капроновая нити; резиновые кольца (диаметр 10 мм); зажим для лапароскопической хирургии; устройство Endolifter фирмы Olympus; эндоскопическая петля; эндоскопические щипцы.



Рис. 7

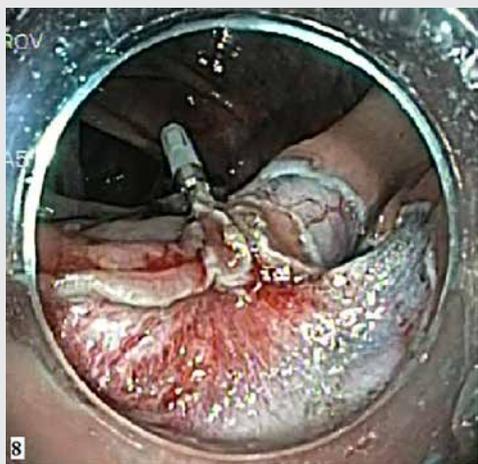


Рис. 8

В случае ESD при LST прямой кишки нами использовались устройство Endolifter фирмы Olympus (рисунок 1, 2,) или лапароскопический зажим (рисунок 3,4). Методику тракции при помощи эндоскопической клипсы и петли мы применили в случае удаления спорадического типа (III тип) НЭО субкардиального отдела желудка (рисунок 5, 6). Тракцию с использованием резиновых колец и клипсы использовали в случае ESD по поводу не полностью удаленной ранее аденомы восходящей ободочной кишки, тип 0-IIa (рисунок 7, 8).

Результаты

Единым блоком были удалены 26 из 27 (96.3%) образований. Резекция R0 достигнута в 25 случаях (92.59%). Послеоперационное кровотечение развилось у одного больного на 3-и сутки после вмешательства. Продолжительность операций варьировала от 1 часа 10 минут до 5 часов. Интраоперационные перфорации стенки органа были зарегистрированы в 3 случаях (11.11%) и были сразу клипированы. В одном из этих трех случаев клипированной перфорации купола слепой кишки возникла повторная, послеоперационная перфорация, потребовавшая экстренной операции в объеме резекции купола слепой кишки. Следует отметить, что перфораций не отмечено при использовании методик тракции, несмотря на то что визуализация подслизистого слоя была намного хуже до их применения. Летальных исходов не было. При контрольных осмотрах (3, 6, 12 мес.) рецидивов не отмечено.

Заключение

Метод эндоскопической диссекции подслизистого слоя (ESD) при поверхностных новообразованиях пищеварительного тракта — новое перспективное органосохраняющее лечебное направление, альтернатива традиционным хирургическим вмешательствам. Тракционные методики позволяют улучшить визуализацию подслизистого слоя и крупных сосудов (особенно при наличии фиброза), повысить радикальность, а также сократить время операции и уменьшить количество таких серьезных осложнений, как перфорация стенки полого органа.

ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ ОПУХОЛИ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

¹Вербовский А.Н., ²Пирогов С.С., ³Конашенков И.П., ²Перфильев И.Б., ²Хомяков В.М., ¹Балалыкин А.С.

¹ГБУЗ МО «КГБ № 1» г. Красногорск

²Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена, филиал ФГБУ «НМИЦ Радиологии» МЗ РФ

г. Москва

Введение

Нейроэндокринные опухоли (НЭО) двенадцатиперстной кишки — редко встречающиеся образования (0.04–0.19/100000), развивающиеся из энтерохромаффинных клеток. Большинство таких опухолей, согласно данным литературы, локализируются в луковице и нисходящей части двенадцатиперстной кишки. Первичные НЭО двенадцатиперстной кишки развиваются медленно, по определению являются злокачественными, однако, как правило, характеризуются торпидным течением и клинически протекают бессимптомно. Вследствие отсутствия симптомов на первоначальном этапе и, зачастую, поздней диагностики, существуют и риски регионарного и отдаленного метастазирования НЭО, что значительно ухудшает прогноз выживаемости пациентов, однако такие случаи наблюдаются крайне редко. 5-летняя выживаемость больных с высокодифференцированными НЭО после лечения составляет, по данным литературы, 80–85%. Согласно международным рекомендациям, эндоскопическое удаление показано при НЭО G1, размером не более 2 см, локализующихся вне области большого дуоденального сосочка, при условии отсутствии метастазов и карциноидного синдрома.

Клиническое наблюдение

У больного А., 45 лет, во время плановой эзофагогастродуоденоскопии на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки обнаружено эпителиальное образование плоско-приподнятой формы, размером до 10 мм, возвышающееся над поверхностью слизистой оболочки на 2 мм. По данным гистологического исследования в биоптатах обнаружен рост образования, крайне подозрительного в отношении нейроэндокринной опухоли. Была выполнена попытка удалить новообразование методом эндоскопической резекции слизистой оболочки. При введении в подслизистый слой раствора Гелофузина с добавлением Индигокармина адекватный лифтинг достигнут не был. Попытки наложить эндоскопическую петлю и захватить новообразование были безуспешными, в связи с чем вмешательство было прекращено.

Через 3 недели была предпринята повторная попытка удаления образования. Однако при эндоскопическом исследовании экзофитный компонент образования четко не визуализировалось, определена только эндофитная часть — субэпителиально расположенная опухоль плотной консистенции (Рис. 1). Первым этапом мы провели разметку границ образования по его периметру



Рис. 1



Рис. 2

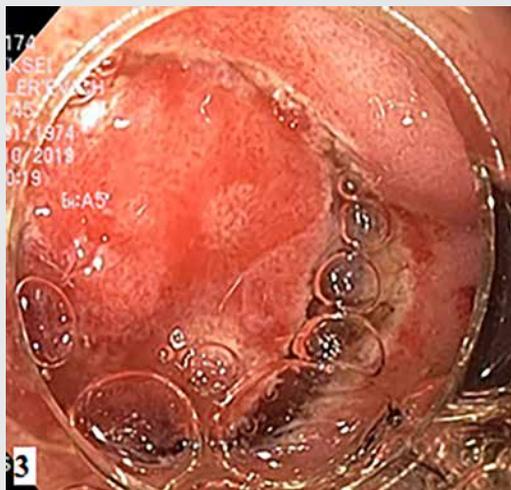


Рис. 3

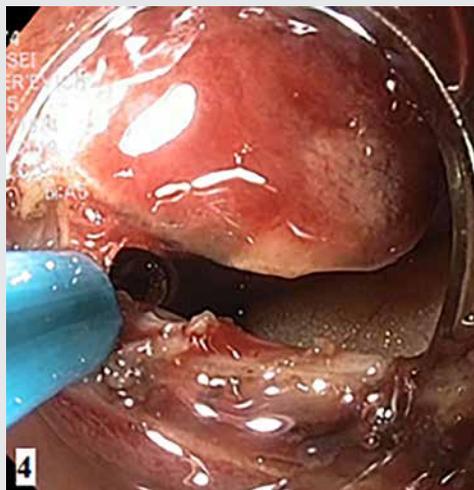


Рис. 4

при помощи эндоскопического ножа DualKnife в режиме SoftCoag 80W. Затем была вновь осуществлена попытка удалить опухоль методом эндоскопической резекции слизистой оболочки с предварительным лигированием основания (EMR-L). Мы использовали набор для лигирования варикозно расширенных вен пищевода фирмы «Cook» MBL-U-10. При аспирации образования в колпачок была отмечена фиксация опухоли к мышечному слою стенки 12-перстной кишки. Сброшенные латексные кольца «соскальзывали» с образования при попытке захватить его эндоскопической петлей (Рис. 2).

Учитывая все вышеописанные неудачные попытки экс-

цизии образования, было принято решение выполнить эндоскопическую полнослойную резекцию стенки двенадцатиперстной кишки. В подслизистый слой введен раствор Гелофузина с добавлением Индигокармина. Лифтинг отмечен лишь по краям образования, центр опухоли оставался фиксированным. Был произведен циркулярный разрез слизистой оболочки по периметру ранее установленных меток при помощи эндоскопического ножа DualKnife компании Olympus в режиме PulseCutSlow 30W (Рис. 3). Далее были рассечены мышечный и серозный слой стенки кишки. При помощи ножа О-тип компании Finemedix (Korea) в режиме PulseCutSlow 30W выполнено циркуляр-

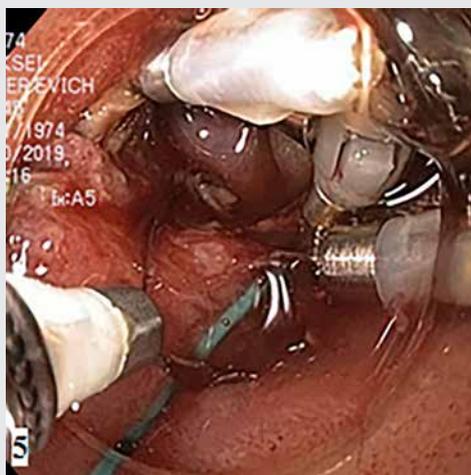


Рис. 5

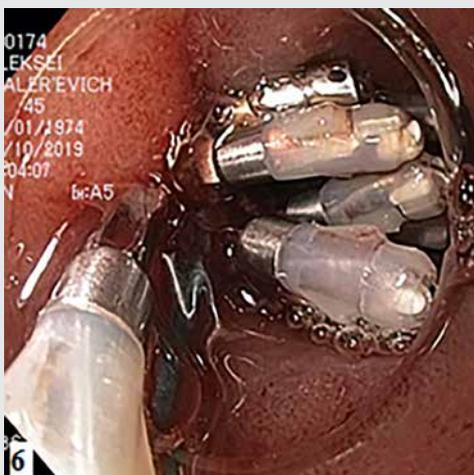


Рис. 6

ное рассечение мышечного и серозного слоев стенки двенадцатиперстной кишки (Рис. 4). Сквозь сформированный дефект стенки визуализирован большой сальник и край печени. С целью декомпрессии через переднюю брюшную стенку установлена игла Вереша, по которой отмечено поступление газа из брюшной полости. Было принято решение о закрытии дефекта при помощи клипс и эндоскопической лигирующей петли Endoloop компании Olympus. Принимая в расчет наличие только одноканального эндоскопа (OlympusGIF-H170), лигирующая петля заведена в двенадцатиперстную кишку параллельно аппарату через носовой ход. После раскрытия и укладывания ее по краю дефекта, петля была фиксирована к стенке двенадцатиперстной кишки с использованием клипс и затянута (Рис. 5, 6). Края дефекта были полностью сведены. Поступление газа по игле Вереша прекратилось, что свидетельствовало об адекватной герметизации. Удаленное образование было извлечено и направлено на плановое гистологическое исследование (Рис. 7).

В раннем послеоперационном периоде больной получал антибактериальную и антисекреторную терапию. Пациент был выписан на 5-е сутки после вмешательства в удовлетворительном состоянии. Контрольная эзофагогастроуденоскопия перед выпиской не выполнялась.

Гистологическое исследование удаленного препарата показало, что удаленное образование представляло собой высокодифференцированную нейроэндокринную опухоль двенадцатиперстной кишки, локализирующуюся пределах слизистой оболочки и подслизистого слоя (pT1). Размер опухолевого узла — 8 мм, на верхушке его отмечен участок изъязвления. В краях резекции роста опухоли не обнаружено (R0). Иммуногистохимическое исследование удаленного новообразования выявило, что опухолевые клетки активно экспрессируют Synaptophysin (27G12, Leica), (123C3, Dako), ChromograninA (5H7, Leica), часть клеток — со слабым ядерным окрашиванием CDX2 (CDX2, CellMarque). В опухолевых клетках отсутствует экспрессия CK7 (TL12/30, Leica) и CK20 (KS20.8, Leica). Индекс пролиферативной активности Ki-67 составил 1–2%. Согласно патологоанатомическому заключению, морфологическая картина и иммунофенотип удаленного новообразования двенадцатиперстной кишки соответствовали



Рис. 7

высокодифференцированной нейроэндокринной опухоли, Grade 1.

Заключение

Нейроэндокринные опухоли двенадцатиперстной кишки — редко встречающиеся злокачественные новообразования, имеющие потенциал к инвазивному росту. При строгом соблюдении критериев отбора таких больных малоинвазивное внутрипросветное эндоскопическое вмешательство является возможной альтернативной традиционной хирургии, способное обеспечить сходную радикальность. Метод эндоскопической полнослойной резекции стенки органа — новое развивающееся направление, позволяющее, в большинстве случаев достичь резекции R0, особенно при инвазивном росте опухоли, при условии низкого потенциала регионарного или отдаленного метастазирования.

ЯТРОГЕННОЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ЖЕЛУДКА

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Дубовский А. В.¹, Храмцов Е. В.², Кузнецов С. М.³

¹ ОГБУЗ «Иркутская городская больница № 3»

² ОГБУЗ «Иркутская областная клиническая больница»

³ филиал № 1 «425 ВГ» Минобороны России

г. Иркутск



■ Дубовский А. В.



■ Храмцов Е. В.



■ Кузнецов С. М.

Инородные тела пищеварительного тракта являются давно известной в медицине проблемой, актуальной в современной ургентной хирургии и эндоскопии. Наиболее опасны для пациента крупные, с острыми краями, выполненные из твёрдых материалов инородные тела.

Отдельной категорией инородных тел являются ятрогенные, то есть попавшие в организм пациента в результате тех или иных медицинских манипуляций.

Представляем клинический случай ятрогенного инородного тела желудка.

Пациент К., 56 лет доставлен в эндоскопическое отделение Иркутской областной клинической больницы в сопровождении врача-стоматолога. Жалоб пациент не предъявляет. Со слов сопровождающего врача, около 1 часа назад, во время лечения зуба врачом был «упущен во рту» стоматологический инструмент (фреза Ледельмана) и проглочен пациентом.

Пациенту после консультации хирурга и оформления карты приёмного покоя в эндоскопическом отделении выполнена видеоэзофагогастродуоденоскопия (аппарат Pentax EG 2990).

Выявлено: в желудке умеренное количество непереваренной пищи; по большой кривизне визуализируется свободно лежащее, не внедрённое в стенку инородное тело (металлический инструмент цилиндрической формы с заострённым концом и режущими краями). По слизистой оболочке желудка множественные поверхностные дефекты, покрытые налётами тёмной крови, с пологими краями.

На момент осмотра продолжающегося кровотечения нет. (Рис.1). Слизистая оболочка 12-перстной кишки розовая. В просвете пищевые фрагменты.

Инородное тело захвачено петлей (Endostars) со сторо-

ны, противоположной острому краю, извлечено. (Рис. 2).

Пациент категорически отказался от госпитализации. Так как клинических и эндоскопических признаков перфорации пищевода, желудка и 12-перстной кишки не было выявлено, пациенту рекомендовано консервативное лечение (диета с отказом от острой пищи, алкоголя, ингибиторы протонной помпы, препараты висмута).

Через 2 недели выполнена контрольная ЭГДС — эндоскопическая картина поверхностного гастрита.

Выводы:

При выполнении медицинских манипуляций возможно попадание в пищеварительный тракт опасных инородных тел (в том числе металлических с острыми краями).

После попадания в желудочно-кишечный тракт инородного тела необходимо выполнение экстренной эзофагогастродуоденоскопии в условиях многопрофильного стационара.

Своевременно выполненное эндоскопическое исследование при наличии подготовленных специалистов, соответствующей аппаратуры и инструментов даёт возможность извлечь инородное тело без развития дальнейших серьёзных осложнений, поскольку перфорация кишечника более вероятна, чем таковая в желудке из-за меньшей толщины стенок кишки, меньшего диаметра, наличия изгибов, что позволяет избежать хирургического вмешательства.

Проведённая консервативная терапия позволяет полностью излечить поверхностные повреждения стенок желудка, нанесённые опасным инородным телом.

После проведения курса консервативного лечения для оценки его результатов необходимо контрольное исследование верхних отделов пищеварительного тракта.

Литература

1. Бабаева А.А. Множественные инородные тела желудочно-кишечного тракта. Клиническое наблюдение. // Вестник новых медицинских технологий. — 2014. — № 1. Электронный журнал.
2. Бебуришвили А.Г., Мандриков В.В., Акинчиц А.Н. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. Учебно-методическое пособие для врачей-интернов, клинических ординаторов, хирургов и эндоскопистов. — Волгоград: Издательство ВолГМУ. — 2007. — 33.
3. Гумеров А.А., Алибаев А.К., Кинзиков Р.Р., Парамонов В.А., Гумеров Р.А., Рахмангулов Р.Р., Шарипов Н.Н. Крупные инородные тела пищевода и желудка у детей. // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и неонатологии. — 2018. — № 8 (2) — С. 89–93.
4. Дробязгин Е.А., Лютин Д.А., Чикинев Ю.В., Попов А.Л. Опыт лечения пациентов с инородными телами верхних отделов пищеварительного тракта. // Материалы I Российского конгресса с международным участием «Неотложная эндоскопия». — Москва. — 2012. — С. 58.
5. Королёв М.П., Антипова М.В. Роль экстренной эндоскопии в диагностике и лечении пациентов с инородными телами верхних отделов пищеварительного тракта в условиях хирургического стационара. // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». — 2012. — № 3. — С. 48–50.

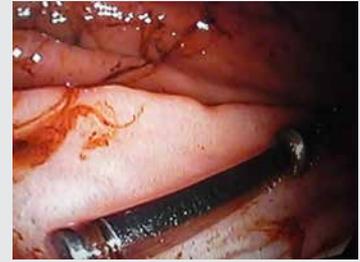


Рис. 1. Инородное тело в желудке, поверхностные повреждения стенок желудка



Рис. 2. Извлечённое инородное тело (фреза Ледельмана)

МУКОРМИКОЗ ЖЕЛУДКА

Захаров И. В., Подлипаева С. Г., Шубина Т. С.
НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева

г. Москва



■ Захаров И. В.



■ Подлипаева С. Г.



■ Шубина Т. С.

Актуальность

Грибковая инфекция у пациентов после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) часто поражает ротовую полость и пищевод. Желудок вовлекается в патологический процесс гораздо реже. Наиболее опасной является инвазия плесневыми грибами — зигомикетами (мукоормикоз или зигомикоз). Она характеризуется глубоким проникновением в стенку органа с поражением кровеносных сосудов. Выживаемость таких пациентов составляет не более 10%. После ТГСК летальность возрастает до 100% из-за снижения иммунитета на фоне аплазии кроветворения. А также этому способствует не своевременная диагностика из-за специфичности симптомов поражения желудочно-кишечного тракта мукоормикозом. Поэтому необходимое лечение не назначается во время.

Цель

Демонстрация клинических случаев распространенного инвазивного мукоормикоза желудка на примере пациентов после ТГСК в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Пациенты и методы

В период с января 2017 г. по сентябрь 2019 г. в условиях НМИЦ ДГОИ при исследовании верхних отделов ЖКТ

выявлен мукоормикоз желудка у 3 пациентов в возрасте от 9 до 20 лет. Основными показаниями к проведению исследования были данные МСКТ, при которых отмечалось утолщение стенки желудка.

Все исследования были выполнены под общей анестезией, аппаратами фирмы Pentax.

Результаты

3 пациентам, в ранние сроки после ТГСК, с связи с изменениями на МСКТ была проведена ЭГДС. При обследовании выявлены некротические изменения всех слоев стенки желудка с прорастанием в соседние полые органы (по МСКТ). Биопсия образцов желудка показала наличие грибковых гиф. Морфологическая картина свидетельствовала о наличии мукоормицетов. Таким образом был подтвержден мукоормикоз и начата специфическая терапия. Но, несмотря на терапию пациенты умерли.

Заключение

Мукоормикоз — редкое осложнение, которое встречается у пациентов после трансплантации органов. Его проявления неспецифичные, поэтому при возникновении жалоб со стороны ЖКТ, необходимо выполнение эндоскопии, что может повысить вероятность благоприятного исхода из-за ранней диагностики.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ КАК РАДИКАЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ РАННЕГО РАКА ЖЕЛУДКА

Зуйков К. С., Важенин А. В., Кулаев К. И., Юсупов И. М.
ГБУЗ «Челябинский Областной Клинический Центр Онкологии и Ядерной Медицины»

г. Челябинск

Актуальность

Так как пятилетняя выживаемость больных с ранним раком желудка после хирургических резекций достигла 93–98% в последнее время возникает все больший интерес в деле сохранения целостности желудка и его функции с поддержанием высокого качества жизни пациентов путем внедрения малоинвазивных методов лечения. Ранние формы рака желудка ограниченные пределами слизистой или поверхностных уровней подслизистого слоя стенки органа, имеющие небольшой размер (до 2,0 см. в диаметре) с высокой степенью дифференцировки имеют минимальный риск развития лимфогенных метастазов и открывают широкие возможности для применения малоинвазивных процедур, таких как мукозальная резекция слизистой (EMR) и субмукозальная эндодиссекция (ESD), как радикальных методов их лечения.

Цель работы

Показать эффективность метода эндоскопических резекций как радикального метода лечения ранней формы рака желудка.

Материалы и методы

На базе эндоскопического отделения ГБУЗ «Челябинский Областной Клинический Центр Онкологии и Ядерной Медицины» в период с 2009 по 2019 год проведено 408 эндоскопических вмешательств при ранних формах рака органов желудочно-кишечного тракта, из них 204 эндоскопических резекций выполнены по поводу ранних форм рака желудка у 101 женщины и 67 мужчины в возрасте от 29 до 83 лет, средний возраст составил 54+9,4 лет, в объеме 37 EMR (включая резекции подслизистых новообразований) и 167 ESD. Больше, в сравнении с общим количеством пациентов, количество выполненных резекций связано с тем, что некоторым из пациентов выполнялось несколько резекций в связи с мультицентричным характером роста новообразования. Для определения глубины инвазии опухоли в стенку органа всем пациентам на амбулаторном этапе дообследования производилось эндосонография стенки желудка. Критериями отбора больных для эндоскопических резекций были инвазия в пределах слизистой оболочки (включая рак *in situ*) и поверхностных слоев подслизистого слоя стенки органа, гистологически верифицирована аденокарцинома высокой или умеренной степени дифференцировки, макроскопический тип новообразования соответ-



■ Зуйков К. С.

ствовал Ia–b типам (Парижская классификация, 2002 год), размер опухоли до 2 см. в диаметре, отсутствие клинически определяемых (эндоУЗИ, PKT) метастазов в регионарные лимфатические узлы, отсутствие лимфоваскулярной инвазии. Операции проводились в условиях операционной под общей анестезией. Время проведения операций зависело от её вида, количества, размера и локализации новообразований составляя в среднем при EMR30+15 минут и при ESD90+30 минут. Условиями радикальности проведенных резекций считаются иссечение опухоли в пределах здоровых тканей единым блоком (при ESD), отсутствие роста опухоли по краям и дну резекции слизистой оболочки, в случае выявления, аденокарцинома высоко- или умеренно дифференцированной, не было вовлечения в опухолевый процесс кровеносных и лимфатических сосудов (отсутствие опухолевых эмболов).

Результаты

В таблице 1 представлены данные о гистологическом строении резецированных новообразований желудка. При гистологическом описании макропрепаратов при EMR резекция новообразования проведена единым блоком в 89,2% случаев и в 100% случаев с соблюдением всех критериев радикальности операции. При ESD резекция проведена единым блоком в 100% случаев и в 96,4% случаев с соблюдением всех критериев радикальности операции (у 6 пациентов выявлен рост опухоли по одному из краев резекции). Осложнения возникли в 14 (6,7%) случаях: в 6 (42,9%) случаях развилось интраоперационное кровотечение купированное либо путем наложения эндоклипс или методом воздействия аргоноплазменной или диатермокоагуляции. В 7 случаях (50%) произошли перфорации стенки желудка, все при выполнении ESD, из них в 3 случаях (50%) зона перфорации

Табл. 1. Гистологическое строение резецированных новообразований

Гистологический тип новообразования		Количество
Нейроэндокринная неоплазия слизистой		66
Аденокарцинома	высокодифференцированная	80
	умереннодифференцированная	5
Тубулярная аденома с дисплазией тяжёлой (III) степени (на амбулаторном этапе обследования гистологически верифицирована аденокарцинома)		17
GIST-опухоль		10
Эктопия поджелудочной железы		3
Липома		2
Периневрома		1
Гамартома		1

закрыта методом эндоклипирования, без развития осложнений в послеоперационном периоде, в оставшихся 3 случаях (50%), в связи с безуспешностью попыток эндоскопического закрытия дефектов стенки желудка, выполнены следующие

операции — лапароскопия с аппартным ушиванием зоны дефекта стенки, лапаротомия с клиновидной резекцией желудка и миноплапаротомия с ушиванием стенки желудка. В 1 случае при установке овертьюба произошла перфорация грушевидного синуса. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Лечебная тактика среди пациентов у которых при исследовании макропрепарата выявлен рост по краю резекции представлена в таблице 2. Результаты динамического наблюдения за пролеченными пациентами, сроком от 6 до 80 месяцев, представлены в таблице 3.

Выводы

1. Эндоскопические резекции являются эффективной лечебной методикой обеспечивающей радикальное удаление опухолевого очага. В 97,6% случаев они стали окончательным методом лечения ранней формы рака желудка, что сопоставимо с хирургическими, составляющие, в среднем, 95%. Это дает право рассматривать эндоскопические резекции альтернативой хирургических операций на ранних стадиях развития опухолевого процесса в желудке.

2. Субмукозальная эндодиссекция может рассматриваться как радикальное лечение рецидивов новообразований желудка после других способов эндоскопического или иного малоинвазивного способа лечения.

3. Мукозальная резекция позволяет проводить удаление полиморфных (относящихся к предраковым) изменений слизистой (аденома/дисплазия) любого размера как в качестве лечебной, так и в качестве диагностической процедуры, как метод расширенной биопсии.

Табл. 2. Пациенты с ростом опухоли по краю резекции.

Данные гистологического исследования макропрепарата	Вид резекции	Кол-во пациентов	Проведенное лечение	Примечание
Рост опухоли по боковому и нижнему краю резекции	ESD	2	Гастрэктомия с лимфодиссекцией до D2	
Рост опухоли по боковому краю резекции	ESD	2	Резекция желудка	
Рост опухоли по боковому краю резекции	ESD	2	Наблюдение (выраженная сопутствующая патология)	При биопсии зоны операции данных за новообразования не выявлено

Табл. 3. Результаты динамического наблюдения

Данные гистологического исследования макропрепарата	Вид проведенной ранее резекции	Кол-во пациентов	Проведенное лечение	Примечание
Выявлен новый очаг перстневидноклеточного рака	ESD	1	Гастрэктомия с лимфодиссекцией (D2)	Гистологическое заключение после ESD- высокодифференцированная аденокарцинома
Обнаружение новых очагов неоплазии (мультицентричный рост)	ESD		Гастрэктомия с лимфодиссекцией (D2)	
Обнаружение новых очагов (мультицентричный рост) нейроэндокринной неоплазии	ESD	2	Повторная ESD	Решение вопроса о хирургической резекции не рассматривалось, ввиду выраженной сопутствующей патологии

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПОЛНОСЛОЙНАЯ РЕЗЕКЦИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖКТ: ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ — ОДНОЦЕНТРОВОЙ ОПЫТ

Кирюхин А. П., Павлов П. В., Федоренко А. А., Руденко И. Э.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет)

г. Москва



■ Кирюхин А. П.



■ Павлов П. В.



■ Федоренко А. А.



■ Руденко И. Э.

Актуальность

У ряда пациентов с выраженной сопутствующей патологией новообразования имеют инвазию в стенку пищевода желудка или кишки глубже, чем T1a — доступной для радикального эндоскопического лечения по средствам рутинной EMR или ESD (T1b и T2) — по данным МРТ, при этом имея не большие размеры.

В связи с отказом в радикальном хирургическом лечении по причине комморбидности пациенты могут остаться без лечения. Так же часть доброкачественных новообразований — чаще в кишке — из-за выполненных предварительных щипцовых биопсий не поднимаются при лифтинге физиологическим раствором из-за грубого фиброза в подслизистом слое. Необходим альтернативный и безопасный метод радикального или условно радикального лечения таких пациентов.

Цель исследования

Оценить целесообразность и безопасность эндоскопической полнослойной резекции (EFTR) в толстой и двенадцатиперстной кишке, используя традиционные ножи для диссекции в подслизистом слое, а так же устройства для одномоментной полнослойной резекции и ушивания (FTRD, Ovesco эндоскопии, Тюбинген, Германия).

Материал и методы

Проанализированы первые 12 пациентов, которым была выполнена эндоскопическая полнослойная резекция в отделении диагностической и лечебной эндоскопии УКБ № 2 Сеченовского университета г Мо-

сквы в период с января 2019 по ноябрь 2019 года. У 5 пациентов (42%) для резекции использовался набор для полнослойной резекции — FTRD. У 1 (8%) пациента резекция выполнена в ниже-горизонтальном отделе 12п.к., у остальных — в толстой кишке. В случае применения ножей для диссекции дефект стенки закрывался наглухо местными тканями с помощью гемостатических клипс (6–11 шт). Усеми пациентов (средний возраст $63,5 \pm 3,9$ года; 75% мужчин) имели место аденомы без лифтинга слизистой оболочки (5 пациентов с дисплазией высокой степени), у 4 — субэпителиальный рак и у 1 пациентки — продолженный рост нейроэндокринной опухоли прямой кишки — после не радикального удаления в другом учреждении. Первичной конечной точкой была техническая успешность — резекция en-BLOCK, резекция R0 с гистологическим подтверждением полноты резекции. Вторичными конечными точками были нежелательные явления и рецидивы при краткосрочном наблюдении (3 месяца).

Результаты

У пациента с малигнизированной аденомой 12п.к. с целью предотвращения повреждения слизистой оболочки и облегчения введения предварительно проводили баллонную дилатацию (20 мм) верхнего пищеводного сфинктера и привратника. Проведение эндоскопа в толстую кишку не потребовало дополнительных ухищрений. Все новообразования были успешно резецированы. Средний диаметр резекционного образца составил $22 \pm 3,54$ мм. Гистологическое исследование подтвердило

полную (R0) полнослойную резекцию в 100% случаев. Умеренное кровотечение (оба случая с FTRD) наблюдалось у 2 больных в раннем послеоперационном периоде и в 1 случае потребовало точечной, прицельной, быстрой электрокоагуляции. У 1 пациента (средняя 1/3 сигмовидной кишки) на вторые сутки наблюдения отмечен нарастающий болевой синдром, лейкоцитоз, появление свободного газа в брюшной полости — что потребовало экстренной лапаротомии, резекции участка кишки и выведения временной трансверзостомы. Все пациенты находятся под динамическим наблюдением. Во всех случаях — местных и отделенных рецидивов не наблюдалось.

Выводы

Исходя из первых данных нашего исследования эндоскопическая полнослойная резекция стенки кишки являются достаточно безопасным и эффективным методом удаления небольших опухолевых новообразований не только в колоректуме, но и в двенадцатиперстной кишке. Полнослойное эндоскопическое вмешательство по результатам абластичности не превышает ESD, однако в особых случаях может быть выполнено по расширенным показаниям: «коморбидный» больной, не возможность диссекции в следствии рубцовых изменений, а так же с целью морфологической оценки локального статуса тканей после предыдущего не радикального вмешательства.

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НПВП-ГАСТРОПАТИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Кодиров Ш. С.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, город Ташкент, Узбекистан.

📍 г. Ташкент, Узбекистан

Развивающиеся и прогрессирующие нарушения системы гемостаза при ишемической болезни сердца (ИБС) нивелируются достаточно компактной и длительное время применяющейся антиагрегантной терапией. Существующие стратегии лечения данных осложнений придерживаются «золотого стандарта» применения фармакологических препаратов на основе ацетилсалициловой кислоты (АСК), предусматривающие статистически значимое уменьшение риска развития инфаркта миокарда и инсульта, с сокращением летальных исходов. Однако, исследования последних лет настойчиво демонстрируют развитие до 25% всевозможных побочных эффектов и осложнений антикоагулянтной и антиагрегантной терапии. Наиболее весомыми установлены гастропатии, формирующиеся при длительном применении нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), угрожающие развитием осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта.

Особое место в многочисленных исследованиях занимают факторы риска НПВС-гастропатий, среди которых главенствующими являются гастродуоденальная язва в анамнезе; высокие дозы НПВС; их комбинированный прием с препаратами АСК, антиагрегантами, стероидами, антикоагулянтами; возраст старше 65 лет; курение; наличие хеликобактерной инфекции; активность хронического гастрита в антральном отделе по данным морфологического исследования.

Длительно протекающая НПВС-гастропатия нередко осложняется гастродуоденальным кровотечением или перфорацией язвы, что является причиной летального исхода. В этой связи вопросы ранней диагностики и адекватной терапии НПВС-гастропатии у больных ИБС представляется весьма актуальной.

Цель исследования — изучение клинических и эндоскопических проявлений гастропатий, индуцированных приемом нестероидных противовоспалительных средств у больных ишемической болезнью сердца.

Материал и методы

Обследовано 146 больных с ИБС, среди которых острый инфаркт миокарда (ИМ) наблюдался у 12 (8,22%) больных, прогрессирующая напряженная стенокардия (ПНС) — у 68



■ Кодиров Ш. С.

(46,57%), напряженная стенокардия (НС), функциональный класс III–IV — у 66 (45,21%). Средний возраст больных составил $67,7 \pm 3,5$ лет. Мужчины составили 72,4%, женщины — 27,6% от общего количества больных. Фиброзофагогастродуоденоскопию (ЭФГДС) на аппарате FUJINON2500 и PENTAX 5000, Япония.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 146 больных ИБС с диагностированной НПВС-гастропатией в 76 случаях (52,05%) клинических проявлений ГДП не наблюдалось, в то время как у 70 (47,95%) клиническая картина выраженности ЯБ и ДПК присутствовала с большинством симптомов.

При анализе жалоб оказалось, что наиболее частыми симптомами у больных были изжога (47%) и непостоянные слабо выраженные абдоминальные боли (25%). Диспепсические симптомы тошнота и рвота отмечались лишь в 18%. Вздутие живота отмечены были у 11% больных.

Анализ результатов эндоскопических исследований позволил констатировать, что у пациентов, длительное время принимающих препараты АСК или НПВС, преимущественно наблюдались изменения по типу хронического гастрита (35,6%). На втором месте по частоте наблюдался дуоденогастральный рефлюкс (14,6%).

При изучении локализации язвенного процесса ЖКТ у пациентов с ИБС было выявлено, что острые эрозии и язвы локализовались преимущественно в желудке, составив 13,0% и 8,4%, в двенадцатиперстной кишке они

составили 11,1% и 3,8% соответственно. Также было выявлено, что наиболее часто патология СО встречается у мужчин, в большинстве своем регистрируемые в антральном отделе желудка (33,47%), у женщин — в 12,71%. Язвенные изменения пилорического отдела желудка менее часты и встречаются в 20,34% у мужчин и 5,51% у женщин, равноценно, как и в ЛДПК — 16,95% и 4,66% соответственно.

Следует отметить, что клиническая картина при НПВС индуцированных гастропатиях характеризовалась дисбалансом между симптоматикой и эндоскопическими изменениями. Так, у ряда пациентов, отмечающих боли или другие диспепсические расстройства, при ФЭГДС выявлялись минимальные изменения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны (СО ГДЗ). Напротив, при наличии множественных эрозий и язв НПВС-гастропатии часто протекали бессимптомно. Эти полученные результаты согласуются с данными литературы, где показано, что НПВС-гастропатии приблизительно у 50% больных протекают клинически латентно, и зачастую, только кровотечения могут быть единственным признаком эрозивно-язвенных поражений СО гастродуоденальной зоны (ГДЗ). Лишь у части больных наблюдается диспепсия, боль и дискомфорт в эпигастральной области.

В настоящем исследовании пациентам с ИБС, принимавших НПВС или АСК, осуществлялся поиск факторов гастроэнтерологического риска. Для этого, оценивался «язвенный» анамнез и, уточнялось, было ли осложнение (кровотечение, пенетрация или перфорация). Детализация данных анамнеза позволила установить, что по мере возрастания длительности течения заболевания и, соответственно, длительности применения НПВС в качестве

профилактической антиагрегантной терапии, отмечается прямо-пропорциональная зависимость повышения частоты гастропатии. Гастродуоденальная патология (ГДП), обусловленная приемом НПВС и АСК (кардиомагнил, тромбоасс, аспири-кардио), имела место в 76 случаях (52,05%). Эти побочные эффекты НПВС заключаются в том, что они способны в кислой желудочной среде непосредственно проникать в клетки слизистой оболочки. Изменение слизисто-бикарбонатного барьера и обратная диффузия ионов водорода приводят к «контактному» повреждению покровного эпителия.

В клинической практике трудно провести четкую грань между НПВС-гастропатиями и т. н. «стрессовыми» эрозиями и язвами, возникающими у пациентов с острым инфарктом миокарда и другой тяжелой патологией или оперативными вмешательствами. Только тщательно детализированный анамнез, указывающий на длительность приема препаратов АСК и НПВС позволяет идентифицировать эти повреждения верхних отделов пищеварительного тракта.

Заключение

Клиническая картина при НПВС индуцированных гастропатиях характеризовалась дисбалансом между симптоматикой и эндоскопическими изменениями, поэтому эндоскопический контроль является обязательным и адекватным методом профилактики тяжелых осложнений. Язвенные поражения ЖКТ наиболее часто регистрировались у пациентов ИБС мужского пола и характеризовались множественными язвами до 1 см в диаметре, локализованные преимущественно в антральном отделе желудка.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЛОКОРЕГИОНАРНОГО РАКА ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЕННОГО РЕЦИДИВНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, В УСЛОВИЯХ МОНОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Коржева И. Ю.^{1,2}, Нечипай А. М.², Греков Дм.Н. ^{1,2}, Цуркан В. А. ¹, Гугнин А. В. ^{1,2}.

¹ ГБУЗ Городская клиническая больница им. С. П. Боткина

² ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования

г. Москва

Резюме

Представлен один из клинических примеров этапного лечения больного с местнораспространённым раком антрального отдела желудка, осложнённым неоднократными эпизодами рецидивных кровотечений, в условиях многопрофильного стационара.

Введение

Несмотря на тенденцию к снижению частоты заболеваемости рака желудка, в ряде развитых стран Азии, таких как Япония, Ю. Корея, Китай, за последние 3–4 десятилетия своевременная диагностика и радикальное лечение рака желудка остаются актуальной и социально значимой проблемой [Давыдов М. И., 2017]. Прогрессирование ЗНО желудка связано не только с ранней лимфогенной и перитонеальной диссеминацией, а также обширным местным распространением с вовлечением в опухолевый процесс окружающих органов и тканей. Прорастание раковой опухоли в стенку желудка зачастую приводит к её некрозу и аррозии крупного питающего стенку сосуда, что создает условия для появления ряда серьёзных осложнений: перфораций /кровотечений, которые могут стать причиной смерти больного [Гаганов Л. С., 2011; Kim M. G., 2015]. В настоящее время в литературе в отношении подходов к лечению МРРЖОК существуют три основные точки зрения [Maruyama K, Sasako M, Kinoshita T, 2015]:

- 1) выполнение радикальных расширенных хирургических вмешательств;
- 2) проведение паллиативных операций;
- 3) консервативная тактика, основанная на проведении эндоскопических гемостатических мероприятий/ рентгенэндоваскулярных вмешательств, одновременно с гемостатической и крововозмещающей терапией.

Материалы и методы

Больной С., 71 г., поступил в приемное отделение с жалобами на слабость, недомогание, ноющие боли в животе, двукратную рвоту тёмным содержимым, никтурию. С учётом тяжести состояния больной госпитализирован в реанимационное отделение, где ему выполнена ЭГДС: на фоне инфильтрации слизистой антрального отдела по большой кривизне с переходом на заднюю стенку определяется

средней глубины дефект неправильной формы размерами 3,0х3,5 см. Дно дефекта представлено плотной инфильтрированной тканью с налётами фибрина, гематина и плотно фиксированным сгустком тёмного цвета, из-под которого подтекает алая кровь.

Выполнен эндоскопический гемостаз бесконтактным методом с использованием АПК.

Начата гемостатическая инфузионная терапия.

Гистологическое заключение

Низкодифференцированная аденокарцинома желудка (grade 3) с распадом. В течение 5 дней выполнено дообследование в объёме УЗИ, КТ органов брюшной полости (свободной жидкости, метастатического поражение печени, брюшины не выявлено). На 7-й день, несмотря на проводимую гемостатическую терапию и отсутствие клинических проявлений ЖКК, в ОАК отмечено снижение всех показателей «красной» крови (Hb снизился до 57 г/л). Выполнено повторное эндоскопическое исследование, при котором отмечен рецидив желудочного кровотечения из распадающейся опухоли антрального отдела желудка.

В связи с тяжёлым общим состоянием больного, низкими цифрами гемоглобина, консилиумом решено выполнить ангиографию с эмболизацией «причинного» сосуда.

Выполнена ангиография верхней брыжеечной артерии. Целиакография. Ангиография селезеночной, левой желудочной артерии. Механическая эмболизация левой желудочной артерии. Селективная и суперселективная эмболизация опухолевых сосудов.

После эмболизации левой желудочной артерии через 3-е суток проведена контрольная ЭГДС, при которой: просвет антрального отдела желудка резко деформирован за счёт инфильтративного поражения слизистой по всем стенкам. В препилорической зоне желудка практически циркулярно с переходом на пилорический канал визуализируется глубокий язвенный дефект до 5,0 см с фибрином. Просвет пилоробульбарной зоны для гастроскопа не проходима. За стеноз установлен НИ-зонд для энтерального питания, выведенный наружу через левый н/носовой ход. В последующем при УЗ-доплерографии магистральных сосудов внутренних органов выявлены инфаркты селезенки (мелких ветвей); проходимость селезеночной ар-

терии не нарушена; отсутствие кровотока по левой желудочной артерии.

Через месяц от момента поступления в клинику больной оперирован. Выполнена гастрэктомия с лимфодиссекцией в объеме D-2. Сформированы: эзофаго-еюноанастомоз на выключенной по Ру тощей кишке циркулярным сшивающим аппаратом диаметром 25мм, с дополнительной перитонезацией и фиксацией узловыми швами пролен 3–0 к ножкам диафрагмы; тонко-тонкокишечный анастомоз «конец в бок». Гистологическое заключение по макропрепарату: Умереннодифференцированная аденокарцинома антрального отдела желудка, G2, с очаговой перинеуральной инвазией, наличием опухолевых эмболов в просвете сосудистых щелей. Опухоль прорастает всю стенку желудка, очагово инфильтрирует сальник на глубину 0,3 см, pT4a, pN3a, стадия IIIc. Соотношение позитивных л/у к общему количеству л/у — 13/38. В краях резекции пищевода и антрального отдела желудка опухолевого роста не обнаружено, R0. Послеоперационный период протекал гладко. В ОАК Нв-105г/л. На 7-е сутки после операции больной выписан с улучшением.

Результаты и их обсуждение

Несмотря на совершенствование техники хирургических вмешательств, и методик интенсивной терапии, послеоперационная летальность у пациентов с кровоточащим раком желудка достигает 50–60% [Чиссов В.И., Старинский В.В.2015]. Используемые эндоскопические

методы гемостаза не всегда оказываются окончательными методами остановки кровотечения из распадающейся опухоли. Альтернативой хирургического лечения является селективная или суперселективная эмболизация «причинного» сосуда.

В нашем клиническом случае у пожилого больного с имеющимися хроническими сопутствующими заболеваниями (ССН, СД 2-го типа, ДГПЖ 2ст., тромбоза вен н/конечности и т. д.) на фоне значимых рецидивов желудочного кровотечения из распадающейся опухоли антрального отдела желудка и прогрессирующей вследствие этого анемии после имеющих кратковременный эффект методов эндоскопического гемостаза в процессе дообследования и подготовки к оперативному лечению выполнена селективная ангиография с эмболизацией «причинного» сосуда. Результат этой современной рентгенэндоваскулярной операции позволил стабилизировать общее состояние пациента, дообследовать и подготовить к плановой радикальной операции.

Выводы

При рецидивных кровотечениях, обусловленных распадающимся раком желудка, в случае неэффективности эндоскопического гемостаза и невозможности выполнения оперативного лечения ввиду тяжелого общесоматического статуса больного, для сохранения жизни больному возможно проведение селективной ангиографии с моментальной рентгенэндоваскулярной эмболизацией «причинных» сосудов.

ПЕРВИЧНЫЕ НЕХОДЖКИНСКИЕ ЛИМФОМЫ ЖКТ

Лозовая В. В., Малихова О. А., Поддубный Б. К.
НМИЦ онкологии им.Н.Н.Блохина Минздрава РФ

г. Москва

В России лимфомы составляют 2,8% от числа всех злокачественных опухолей человека. Заболеваемость среди женщин составляет 5,0 на 100000 женского населения, у мужчин – 6,8% на 100000 мужского населения.

Семиотика НХЛ желудка разнообразна и, как правило, начало заболевание проявляется с увеличения одного из периферических лимфатических узлов (нодальное поражение). Однако, первичный очаг может возникнуть в других органах (экстранодальное поражение). Наиболее распространенным экстранодальным вариантом лимфом являются первичные Неходжкинские лимфомы (НХЛ) ЖКТ. По данным мировой и отечественной литературы в 55-70% наблюдений поражается желудок, в 20-35% - тонкая кишка, в 5-10% - толстая кишка. В пищевод первичные лимфомы встречаются крайне редко и являются клиническим «раритетом».

Согласно последним представлениям лимфома возникает из мутированных В- и Т- лимфоцитов лимфоидных фолликулов, которые диффузно располагаются преимущественно в собственной пластинке слизистой оболочки на всем протяжении желудочно-кишечного тракта. В норме в толще слизистой оболочки желудка лимфоидной ткани не существует, она возникает и разрастается в ответ на длительно текущий бактериальный воспалительный процесс в желудке, ассоциированный с *H.pylori*. При этом, в большей степени лимфоидная ткань локализуется в дистальном (в антральном и препилорическом) отделе желудка.

В 1998 году His. с соавт. разработали гистологическую классификацию первичных НХЛ желудка в зависимости от наличия компонента высокой степени злокачественности и иммунофенотипа, согласно которой различают: 1) MALT-лимфома – опухоли низкой степени злокачественности, количество крупных бластных к-к < 20%, экспрессия CD20; 2) Крупноклеточная лимфома с MALT-лимфомой – опухоли низкой степени злокачественности, диффузный лимфоидноклеточный инфильтрат с множественными лимфоэпителиальными поражениями; 3) MALT-лимфома с высокой степенью злокачественности – очаги лимфоэпителиального поражения из крупных клеток высокой степени злокачественности, CD20, повышение экспрессии bcl-6, ассоциация с p53 отклонениями; 4) Диффузная В-крупноклеточная лимфома – опухоли с высокой степенью злокачественности, без признаков MALT-лимфомы, de-novo.

Основными методами диагностики первичных НХЛ желудка являются рентгенологический и эндоскопический. При эндоскопическом исследовании макроскопические проявления первичных НХЛ желудка крайне вариabельны. В настоящее время по форме роста выделяют:

- 1) экзофитную;
- 2) язвенную;
- 3) инфильтративную;
- 4) язвенно-инфильтративную;
- 5) смешанную;
- 6) гастритоподобную.



Рис. 1. Лимфома желудка1



Рис. 2. Лимфома желудка

Однако, при осмотре выявленных изменений в режиме «белого света» достоверно установить диагноз, оценить границы поражения и провести дифференциальную диагностику практически невозможно.

Сложности интерпретации макроскопической картины заключаются в том, что визуально лимфомы крайне напоминают различные формы гастритов (поверхностный, атрофический, эрозивный), изъязвленные НЭО, различные формы рака желудка (инфильтративный, язвенный, язвенно-инфильтративный). Наибольшая сложность заключается в дифференциальной диагностике гастритоподобного варианта лимфомы (MALT-лимфома) и перстневидно-клеточного рака. Такие методики, как увеличительная эндоскопия, LCI и BLI, эндосонография позволяют более точно оценить структуру ямочного рисунка, определить наличие или отсутствие патологических микрососудов, оценить глубину инвазии и толщину стенки желудка. Большое значение в дифференциальной диагностике выявленных изменений имеет инструментальная пальпация. Для первичных НХЛ желудка характерно сохранение функциональной способности стенок желудка на фоне их выраженного и обширного опухолевого поражения, что не специфично для рака (в частности, перстневидно-клеточного), при котором отмечается быстро нарастающая ригидность стенок желудка и, соответственно, отсутствие перистальтики в зоне опухоли.

Для первичных НХЛ желудка так же характерен полиморфизм макроскопической картины в виде наличия в структуре опухоли и изъязвлений, и участков, напоминающих гиперпластический гастрит, и эрозий. Так же отмечается мультицентричный характер поражения, что обусловлено длительным инфильтративным ростом опухоли в пределах пораженного органа и распространением по глубоким слоям слизистой.

Несмотря на то, что в «НМИЦ онкологии» им. Н.Н. Блохина в период с 1983 года по 2019 год наблюдались 1315 пациентов с экстранодальными формами лимфом, из которых у 310 было диагностировано первичное поражение желудка, сложности дифференциальной диагностики сохраняются. В период с апреля 2019 года и до настоящего времени были выявлены 50 новых случаев первичного поражения НХЛ желудка.

Все исследования проводились с помощью инновационного эндоскопического оборудования Fujifilm ELUXEO. Данные эндоскопические системы оснащены 4-светодиодной технологией Multi Light. Эта технология использует четыре отдельных светодиодных лампочки, размещенных в интегрированном источнике света, который генерирует и комбинирует световые волны различной длины, что позволяет проводить исследования в режиме белого света, отображение синего света (BLI) и связанного изображения цвета (LCI).

Наибольший интерес в нашей работе по выявлению, оценке распространенности и дифференциальной диагностике первичных НХЛ желудка вызывает осмотр в режиме LCI, который по сравнению с режимом белого света, имеет оптимальный спектр освещения и последующая обработка изображения позволяет более эффективно различать цвета красного спектра. Заложенные в процессор алгоритмы подчеркивают небольшие различия между разными оттенками цветов. Таким образом, изначально красные участки изображения становятся краснее, а изначально розовые - белее, при этом сохраняя первоначальный тон, что позволяет четко проводить дифференциальную диагностику между выявленными воспалительными изменениями слизистой оболочки и неопластическим процессом.

НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ: ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Перфильев И.Б., Пирогов С.С., Водолеев А.С., Хомяков В.М., Сухин Д.Г., Карпова Е.С.,
Телегина Л.В., Веселов В.В., Беляков М.М., Беляева Т.В., Погорелов Н.Н., Николаев А.Л., Рябов А.Б.
МНИОИ им Герцена, филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» МЗ РФ

г. Москва

Введение

Нейроэндокринные опухоли (НЭО) представляют собой гетерогенную группу новообразований, происходящих из нейроэндокринных клеток эмбриональной кишки, обладающих биологически активными свойствами. Нейроэндокринные клетки имеют определенные секреторные характеристики, обуславливающие развитие синдромов гиперпродукции регуляторных пептидов, что в свою очередь может приводить к развитию соответствующих клинических синдромов. НЭО встречаются во всех органах, имеющих нейроэндокринные клетки. НЭО двенадцатиперстной кишки относятся к редким новообразованиям и составляют 2–3% всех нейроэндокринных новообразований желудочно-кишечного тракта. По данным литературы большинство НЭО двенадцатиперстной кишки нефункционирующие, и только в 10% могут встречаться функционирующие гастриномы, сопровождающиеся развитием синдрома Золлин-гера-Эллисона, и менее чем в 4% случаев встречается карциноидный синдром. Учитывая, что, в большинстве случаев, наблюдается бессимптомное течение заболевания, то соответственно выявление данной патологии как правило является случайной находкой при проведении эзофагогастродуоденоскопии. И стандартной лечебной тактикой является эндоскопическое или хирургическое удаление опухолей.

Цель

Оценка возможностей современных методов уточняющей эндоскопической диагностики и подходов к эндоскопическому лечению больных с нейроэндокринной опухолью двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы

В период с 2012 по 2019 год в МНИОИ им. П. А. Герцена было обследовано 19 пациентов с диагнозом НЭО двенадцатиперстной кишки (Рис. 1). Необходимо отметить, что во всех случаях это были больные с нефункционирующими опухолями двенадцатиперстной кишки. Всем пациентам было проведено комплексное эндоскопическое исследование с использованием осмотра в узкоспектральном режиме (NBI) и выполнение эндосонографии (EUS) для определения глубины инвазии опухоли и оценке регионарных лимфатических узлов на предмет



■ Перфильев И. Б.

метастатического поражения. В нашей работе НЭО двенадцатиперстной кишки чаще встречались у женщин, соотношение составило 15:4. Возраст больных варьировал от 23 до 79 лет, средний возрастной показатель составил 58 лет. Все образования распределены по макроскопическому типу как плоско-приподнятые — 6 пациентов и 13- пациентов с полиповидной/бляшковидной формой образований. В 4 случаях отмечалась мультицентричность поражения — выявлено до 3-х очагов НЭО. Для эндоскопического лечения использовались методы аргон-плазменной коагуляции, эндоскопической резекции слизистой оболочки (EMR) и эндоскопической подслизистой диссекции (ESD).

Результаты

На основании результатов использования уточняющих методов эндоскопического исследования узкоспектральной эндоскопии с увеличением $\times 150$ (NBI-ME) — 12 пациентов, близкофокусной узкоспектральной эндоскопии (NBI NF) — 7, нами были выявлены критерии идентичные для нейроэндокринных опухолей других локализаций желудочно-кишечного тракта — учитывая, что клетки предшественницы НЭО локализуются глубоко в слизистой оболочке, то и образования визуализируются преимущественно как субэпителиальные, с дилатацией микрососудов (Рис.2), ограниченной только самим образованием, перифокально от опухоли сосудистый рисунок был не изменен, а потеря ямочного рисунка наблюдалась только в центре образования.

По данным EUS опухоли визуализируются как гипозоногенные образования исходящие из 2-го эхослоя стенки кишки с ровными контурами (Рис.3), ни в одном случае

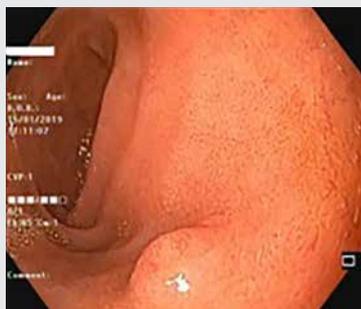


Рис. 1

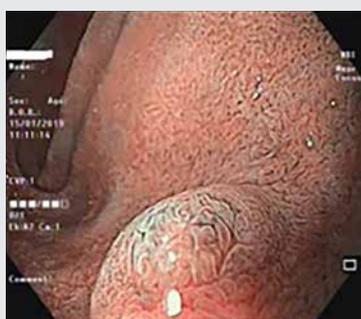


Рис. 2

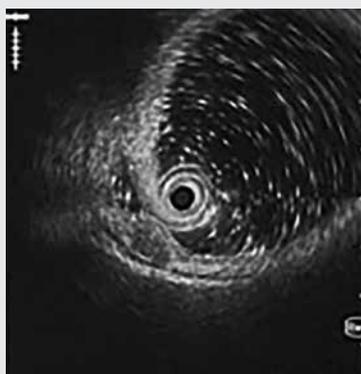


Рис. 3

мы не выявили признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

У 6 пациентов с размерами опухоли до 5 мм определили глубину инвазии опухоли, ограниченную слизистой оболочкой, таким больным выполнялась EMR, у 12 — пациентов размеры опухоли варьировали от 6 до 17 мм с признаками инвазии подслизистого слоя SM1-SM2, что обусловило необходимость выполнения ESD. Все опухоли были удалены единым блоком в пределах здоровых тканей. Ни одного случая продолженного роста опухоли, местного рецидива или прогрессирования опухолевого процесса зарегистрировано не было. В одном случае размеры опухоли достигали 20 мм и глубина инвазии определялась по данным эндосонографии как SM3, учитывая высокую вероятность наличия лимфоваскулярной инвазии пациент был направлен на хирургическое лечение. Во всех случаях кроме стандартного гистологического исследования удаленного материала выполнялось и иммуногистохимическое исследование, в трех случаях была доказана степень дифференцировки опухоли — G2 с индексом пролиферативной активности клеток (Ki67) до 9% при этом размеры образований с G2 были от 14 до 20 мм. У остальных 16 пациентов злокачественный потенциал определен как G1. При анализе наших данных, мы выявили, что наиболее часто поражается верхне-горизонтальная часть 12-перстной кишки — выявлена у 16 пациентов, и локализация НЭО в проксимальной 1/3 нисходящей части (D2) 12-перстной кишки у 3 пациентов.

Выводы

Высокодифференцированные НЭО 12-перстной кишки в большинстве случаев являются нефункционирующим, и характеризуются бессимптомным течением заболевания на ранних его стадиях, и поэтому ведущим методом диагностики остается видеоэзофагогастродуоденоскопия с использованием уточняющих эндоскопических методов. Анализ полученных данных позволил выделить 2 патогномичных эндоскопических критерия НЭО — это характерные изменения сосудистого и ямочного рисунка, которые помогают провести правильную дифференциальную диагностику с другой опухолевой и неопухолевой патологией двенадцатиперстной кишки. EUS показала высокую эффективность в определении глубины инвазии НЭО в стенку 12-перстной кишки, что в 1 случае позволило своевременно направить пациента на хирургическое лечение. Эндоскопические методы внутрипросветного лечения высокодифференцированных нейроэндокринных опухолей, такие как EMR или ESD, показали высокую эффективность и позволили во всех случаях выполнить радикальное удаление образований.

ПЕРВИЧНАЯ MALT-ЛИМФОМА ЖЕЛУДКА: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Ушаева Л. А., к. м. н.; Кравчук А. В.
ФГКУЗ «2 Военный клинический госпиталь войск национальной гвардии РФ»

г. Пятигорск

Цель наблюдения

Продемонстрировать редкий клинический случай MALT-лимфомы, вызвавшей трудности при верификации диагноза. Несмотря на различные заключения специалистов-морфологов о характере выявленных микроскопических изменений удалось выбрать правильную тактику ведения пациента и своевременно направить в специализированное онкологическое учреждение.

Введение

MALT-лимфома (mucosa-associated lymphoid tissue) — лимфомы из лимфоидной ткани, ассоциированной со слизистыми оболочками, может возникать практически в любом органе, однако чаще они развиваются в желудке, где лимфоидная ткань появляется после хронического персистирующего воспаления. MALT-лимфома составляет 7–8% от всех В-клеточных лимфом и более 50% первичных лимфом желудка (Кокасадзе Н. В., Пробатова Н. А., Ковригина А. М. и др., 2009).

Несмотря на большой опыт в изучении данной нозологической формы, ее диагностика и лечение остаются несовершенными. Причиной такого положения является распространенное мнение об относительно благоприятном прогнозе новообразования, что дает повод проводить динамическое наблюдение без адекватной оценки тяжести состояния и стадии болезни. Напротив, связанные с MALT-лимфомами хронические воспалительные процессы, в частности, аутоиммунные, обуславливают назначение необоснованных дорогостоящих диагностических процедур и терапевтических мероприятий.

Основной причиной развития MALT — лимфомы является наличие аутореактивной лимфоидной ткани вследствие аутоиммунного или воспалительного процесса, как например, при инфекции *Helicobacter pylori* в желудке. Приблизительно 10% лимфом желудка развиваются при отсутствии *H. pylori*. MALT-лимфома впервые описана P. Isaacson и D. Wright в 1980 г. Наличие аутоиммунного процесса или инфекционного возбудителя ведет к длительной активации Т- и В-клеток. Постоянная стимуляция Т-клеток приводит к активации В-клеток со свойствами интенсивного многократного деления, в течение которого возникают поломки ДНК с последующим развитием лимфомы. К критериям диагностики MALT-лимфома относят первичное изолированное поражение желудка в отсутствии отдаленных очагов опухоли.



■ Ушаева Л. А.

Клинические признаки неспецифичны (так называемые В-симптомы — лихорадка, уменьшение массы тела, ночная потливость, боли в животе), что определяет высокую частоту ошибок на этапе установления диагноза и длительный анамнез у большинства больных. Характерно стремительное течение опухоли с развитием осложнений.

Морфологическая картина MALT-лимфомы полиморфна в связи с гетерогенным составом опухолевого инфильтрата, в котором определяются, в различных сочетаниях, клетки маргинальной зоны, малые лимфоциты, рассеянные иммуно- и центробласты, клетки моноцитоподобного типа. Сочетание морфологических признаков и определенная панель антигенных маркеров способствуют установлению правильного диагноза. MALT-лимфома характеризуется экспрессией пан-В-клеточных антигенов, поверхностных иммуноглобулинов, а также CD21 и CD35, характерных для В-клеток маргинальной зоны.

Программа терапии MALT-лимфом включает эрадикационную терапию с положительным эффектом в 70–80% случаев. Согласно современным представлениям при MALT-лимфоме предпочтение отдают полихимиотерапии. При отсутствии эффекта показана радикальная оперативная тактика. Хирургическое удаление опухоли производят в основном в тех случаях, когда ошибочно предполагают наличие рака без морфологического подтверждения диагноза до операции.

Редкий клинический случай — развитие MALT-лимфомы желудка у мужчины 58 лет.

Больной Л., 58 лет, в мае 2018 г. отметил постепенное ухудшение самочувствия: появились общая слабость, снижение веса на 15 кг за последние 6 месяцев, лихорадку в течение 8 месяцев, на фоне антибиотикотерапии температура понижалась, и вновь появлялась при их отмене.

При поступлении в стационар в клиническом анализе крови от 18.07.2018 г.: эритроциты $5,5 \times 10^{12}/л$; гемоглобин 156 г/л; лейкоциты $17,2 \times 10^9/л$, эозинофилы — 5%, палочкоядерные — 7%, сегментоядерные — 55%, лимфоциты — 29%, моноциты — 4%. СОЭ 2 мм/час. Иммуноферментный анализ крови на содержание суммарных антител к возбудителям сифилиса, ВИЧ, маркеры вирусных гепатитов В и С от 18.07.2018 г. — отрицательный. Биохимический анализ крови от 18.07.2018 г.: глюкоза 6,7 ммоль/л, общий белок 77,0 г/л; альбумины 38,0 г/л; билирубин общий 10,8 мкмоль/л; АЛТ 46,0 Ед/л, АСТ 38,0 Ед/л, ПТИ 86,2%. Обращает на себя внимание нормальная концентрация онкомаркеров.

При фиброгастроудоденоскопии от 26.07.2018 г. № 541: Пищевод свободно проходим, слизистая его бледно-розовая, гладкая, блестящая. Z — линия зубчатой формы. Кардия смыкается полностью. Желудок обычной формы, больших размеров, содержит умеренное количество прозрачной ослизненной жидкости. Слизистая всех отделов желудка бледно-розовая, умеренно отечна, в нижней трети тела желудка по передней стенке с переходом на большую и малую кривизну (циркулярно) участок инфильтрированной рыхлой слизистой в виде утолщенных складок с рассеянными изъязвлениями, контактно кровоточит, при инструментальной пальпации ригидный, при взятии биопсии выраженная кровоточивость, фрагментарность слизистой (биопсия), в антральном отделе с полосами гиперемии. Складки слизистой средней высоты, утолщены, воздухом расправляются хорошо, перистальтика удовлетворительная, прослеживается во всех отделах. Угол желудка без особенностей, при осмотре в ретрофлексии — без особенностей. Привратник округлой формы, функция его сохранена. Луковица ДПК средних размеров, не деформирована. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки очагово гиперемирована. Постбульбарные отделы без особенностей.

Заключение

Инфильтративное поражение нижней трети тела желудка, требующее морфологической оценки (биопсия). Очаговая эритематозная гастропатия антрального отдела желудка. Очаговый катаральный бульбит. Результат гистологического заключения: умеренно дифференцированная аденокарцинома.

Согласно результатам компьютерной томографии органов брюшной полости с внутривенным контрастированием от 19.07.2018 г.: печень — увеличена с четкими ровными контурами, нормальной плотности, однородной структуры, вертикальный размер 190 мм, передне-задний 220 мм. Внутривенные желчные протоки и сосудистая сеть не расширены, холедох диаметром 4 мм, портальная вена 16 мм. Желчный пузырь — 86х35 мм, стенки толщиной 1–2 мм, в полости включений не выявлено.

Поджелудочная железа — головка 29 мм, тело 25 мм, хвост — 19 мм, однородной структуры и плотности, вирсунгов проток не расширен. Селезенка — увеличена размером, 170х50х138 мм. В брюшной полости увеличенных лимфоузлов, свободной жидкости не выявлено. Заключение: КТ признаки гепатоспленомегалии. Компьютерная томография органов грудной полости с контрастированием от 20.07.2018 г.: КТ признаков очаговых и инфильтративных изменений в легких, средостении не выявлено. Косвенные признаки хронического бронхита.

Больной направлен в СККОД, где при обследовании данные за раковое поражение желудка сомнительны. Пациенту выполнено повторное морфологическое, иммуногистохимическое и цитогенетическое исследование методом полимеразной цепной реакции, где подтверждена MALT-лимфома желудка.

Обсуждение

Описанный клинический случай можно назвать типичным примером сотрудничества врачей различных специальностей. При эндоскопическом исследовании, как правило, происходят изменения слизистой оболочки, свойственные хроническому гастриту или язвенной болезни, то есть образуются очаги гиперемии, отека, эрозии и язвы. В связи с этим диагноз основывается на морфологической характеристике слизистой оболочки желудка. Чаще всего сложностью при диагностики MALT-лимфомы желудка является ее дифференциальная диагностика с *H. pylori*-ассоциированным гастритом. Доказательством ведущей роли *H. pylori* в этиопатогенезе MALT-лимфомы желудка является ее регрессия у 70–80% больных под влиянием эрадикационной терапии. Клеточный состав экстранодальной лимфомы маргинальной зоны имеет разнообразный опухолевый субстрат. Он представлен centrocytopодобными клетками маргинальной зоны, моноцитоподобными В-лимфоцитами, малыми лимфоцитами и плазматическими клетками, важным элементом могут быть клетки, похожие на центробласты или иммунобласты. Иммунофенотипически для MALT-лимфомы желудка характерны антитела к клеткам CD43. Вероятно, недостаточная информированность врачей о такой редкой патологии желудка, не позволила ее заподозрить.

На основании анализа описанного клинического случая можно сделать следующее заключение:

1. Больным, у которых заподозрено первичное опухолевое поражение желудка при нормальных значениях онкомаркеров, необходимо выполнить биопсию.

2. Больной своевременно направлен в Ставропольский краевой онкологический диспансер, где выполнено морфологическое исследование биопсийного материала с иммуногистохимическим анализом, что позволило правильно установить диагноз и назначить специфическое лечение.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Шестак И. С.¹, Леонтьев А. С.^{1,2}, Короткевич А. Г.^{1,2}, Савостьянов И. В.^{1,2}, Май С. А.¹

¹ ГБУЗ КО «НГКБ № 29»,

² НГИУВ, филиал ФГБОУ ДПО «РМАНПО» МЗ РФ

г. Новокузнецк



■ Шестак И. С.



■ Леонтьев А. С.



■ Короткевич А. Г.



■ Савостьянов И. В.



■ Май С. А.

Диагностика источника кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в отдельных случаях может послужить настоящим испытанием даже для опытного эндоскописта, что в свою очередь влияет на выбор лечебной тактики и своевременность проведения лечебных мероприятий. Наиболее ожидаемыми для врача источниками кровотечения в залуковичной части двенадцатиперстной кишки (ДПК) остаются низкие язвы, гемобилия, дефекты Дьелафуа и аортодуоденальные свищи. Мы представляем описание редкого случая кровотечения из варикозно расширенных (ВРВ) вен ДПК.

Пациентка Б. 68 лет 13.08.2019 госпитализирована в отделение гастроэнтерологии ГКБ № 29 г. Новокузнецка с диагнозом: анемия неясного генеза. 14.08.2019 диагностировано желудочно-кишечное кровотечение, пациентка переведена в отделение общей хирургии ГКБ № 29.

Предъявляла жалобы на слабость, недомогание, стул вишневого цвета. Из анамнеза известно, что в течение двух недель отмечала слабость, головокружение.

При объективном осмотре: температура тела 36,5°C, артериальное давление 110/60 мм рт.ст., пульс 80 ударов в минуту, ритмичен. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные, язык влажный, без налета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные.

По данным лабораторных тестов: гемоглобин 37 г/л, эритроциты $1,2 \times 10^{12}/л$, лейкоцитоз $13,8 \times 10^9/л$ без палочкоядерного сдвига. Коагулограмма: протромбин 63,1%, фибриноген 3,1 г/л. Биохимический профиль без изменений.

14.08.2019 в 9.00 выполнена колоноскопия, в ходе которой источник кровотечения не установлен, в просвете кишки на всем протяжении старая кровь. На эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), проведенной сразу после колоноскопии, в просвете желудка, ДПК следы старой крови. Источник кровотечения также не обнаружен, предположено тонкокишечное кровотечение. При контрольной ЭГДС в 18.00 того же дня впервые визуализированы сосудистые структуры в дистальном отделе нисходящей части ДПК в виде извитых стволов, расширенных до 1,5 см, с кровотечением из одного из них (Рисунок 1. ЭГДС 14.08.2019 Сосудистые структуры в дистальном отделе нисходящей части ДПК). Выполнена интравазальная склеротерапия микропенной 3% этоксисклерола, гемостаз достигнут.

Спустя сутки, 15.08.2019, развилась клиника рецидива кровотечения. В 18.50 на ЭГДС установлен рецидив кровотечения из ВРВ нисходящей части ДПК. Произведена безуспешная попытка интравазальной склеротерапии микропенной 3% этоксисклерола. Кровотечение остановлено клипированием сосуда (Рисунок 2. ЭГДС 15.08.2019 Кровотечение из ВРВ ДПК, Рисунок 3. ЭГДС 15.08.2019 Кровотечение из ВРВ ДПК, Рисунок 4. ЭГДС 15.08.2019 Сосуд клипирован).

16.08.2019 смена стационара. Клиники рецидива кровотечения нет. С учетом источника кровотечения из сосудистой структуры ДПК неясного происхождения, плохо поддающегося эндоскопическому гемостазу, пациентка переведена в специализированное отделение одного из лечебных учреждений города. На СКТ-ангиографии выявлен артериальный сосуд, подходивший к зоне клипирования из системы гастродуоденальной артерии, выполнена его селективная эмболизация.



Рис. 1. ЭГДС 14.08.2019 Сосудистые структуры в дистальном отделе нисходящей части ДПК

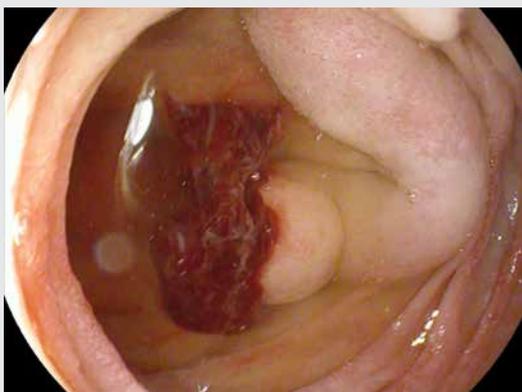


Рис. 2. ЭГДС 15.08.2019 Кровотечение из ВРВ ДПК

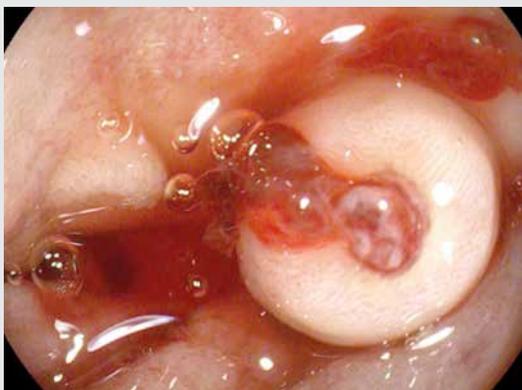


Рис. 3. ЭГДС 15.08.2019 Кровотечение из ВРВ ДПК

19.08.2019 возникла клиника рецидива кровотечения. При ЭГДС, колоноскопии источник не установлен.

20.08.2019 проведена повторная СКТ-ангиография. В венозной фазе выявлена варикозная трансформация вен в области ДПК и начальных отделов тощей кишки без экстравазации контраста. При ангиографии связи артериального русла с венозными скоплениями нет, субстрата для эмболизации не установлено. Выявлены признаки тромбоза воротной вены на уровне головки-тела поджелудочной железы. (Рисунок 5. СКТ-ангиография. Хронический тромбоз верхней брыжеечной вены с коллатеральями)

В этот же день, вечером, вновь развился рецидив кровотечения, которое остановлено консервативными мероприятиями.

21.08.2019 созван консилиум, принято решение о проведении лапаротомии с ревизией и определением дальнейшей тактики.

22.08.2019 во время операции установлено, что верхняя брыжеечная вена плотная с признаками тромбоза с перифлебитом. В области нижнего угла ДПК и по ходу нижней горизонтальной части ДПК варикозно расширенные пристеночные вены. Также имелись измененные вены в области начальной части тощей кишки и в области дуоденоюнального перехода. Условий для наложения сосудистого анастомоза нет. Выполнена обструктивная резекция нижней горизонтальной части ДПК и участка тощей кишки (Рисунок 6. Мобилизация ДПК. Видны варикозно расширенные вены, Рисунок 7. Мобилизация ДПК. Видны варикозно расширенные вены). Интраоперационно большая кровопотеря (2,5 л). Зарегистрирована желудочковая экстрасистолия, затем желудочковый ритм. После реанимационных мероприятий синусовый ритм восстановлен. Гемодинамика стабилизирована с применением вазопрессоров.

В раннем послеоперационном периоде по дренажу из брюшной полости получено около 300 мл венозной крови за два часа, в связи с чем пациентка вновь взята в операционную. При ревизии в брюшной полости обнаружено около 300 мл крови преимущественно в области культи ДПК. Выявлена кровоточащая вена в области головки поджелудочной железы, лигирована с прошиванием. Достигнут гемостаз.

В послеоперационном периоде состояние крайне тяжелое, лечение носило характер продленных реанимационных мероприятий. Остановка сердечной деятельности зафиксирована 23.08.2019 в 11.34. Через 30 минут безуспешных реанимационных мероприятий констатирована смерть.

Диагноз

Тромбоз верхней брыжеечной вены. Кровотечение из варикозно расширенных вен ДПК.

Заключение

Причина трагической неудачи лечения пациентки, по нашему мнению, заключается в бессистемном подходе, начиная с базового уровня на этапе диагностики, когда во время ЭГДС не проводился осмотр на всю длину эндоскопа, заканчивая отсутствием преемственности между медицинскими центрами. Подобные сложные случаи требуют не только врачебной эрудиции и со-



Рис. 4. ЭГДС 15.08.2019 Сосуд клипирован



Рис. 5. СКТ-ангиография. Хронический тромбоз верхней брыжеечной вены с коллатералиями

блюдения рекомендаций, но и достаточной технической оснащенности лечебного учреждения, а также мультидисциплинарного подхода и отлаженных действий специалистов на всех этапах.

Выводы

При проведении любого эндоскопического исследования необходимо использовать максимум возможностей эндоскопа: при ЭГДС осмотр проводить на всю длину рабочей части.

Кровотечение из варикозно расширенных вен независимо от локализации остается серьезной проблемой и требует от врачей внимания, широкого кругозора и профессионального мастерства.

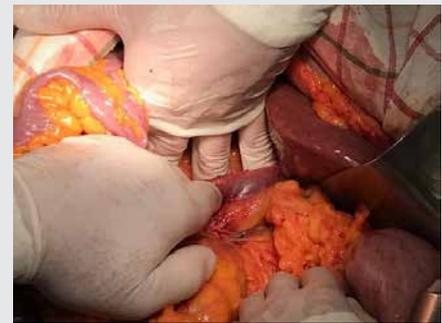


Рис. 6. Мобилизация ДПК. Видны варикозно расширенные вены



Рис. 7. Мобилизация ДПК. Видны варикозно расширенные вены

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ И ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЙ ГЕМОСТАЗ В ЛЕЧЕНИИ РЕФРАКТЕРНЫХ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Щёголев А. А.¹, Вакурова Е. С.², Матушкова О. С.², Павлычев А. В.¹

¹ РНИМУ им. Н. И. Пирогова

² ГБУЗ ГКБ им. Ф. И. Иноземцева ДЗМ

г. Москва

Актуальность

Рецидивные язвенные кровотечения бесспорно занимают лидирующее место в структуре смертности от осложненных форм язвенной болезни. Тактические аспекты остановки рецидивных геморрагий, источником которых являются хроническая язва желудка и двенадцатиперстной кишки остаются в центре дискуссий практикующих хирургов.

Материал и методы

Дизайн исследования предполагал программу лечения, соответствующую принципам и стандартам, изложенным в Национальных клинических рекомендациях по язвенным гастродуоденальным кровотечениям (НКР) принятым в г. Воронеж в 2014 г. Всего в исследование было включено 1530 больных, источником кровотечения у которых являлись хронические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Диагностика на этапе поступления для всех больных предполагала проведение экстренной ЭГДС. Следует отметить, что с целью гемостаза при активном кровотечении (Forrest 1A/B) и профилактики рецидива кровотечения (Forrest 2A/B) применялась рекомендованная в рамках НКР комбинация методов эндоскопического гемостаза, включавшая инъекционную методику совместно с аргоноплазменной коагуляцией или наложением клипсы на кровоточащий сосуд. Программа медикаментозного лечения включала назначение препарата Омепразол в рекомендованной дозировке (160 мг в виде внутривенной болюсной инфузии, с дальнейшим введением на инфузюмате в дозировке 8 мг/ч. на протяжении трех суток, далее фракционно) и эрадикацию *Helicobacter Pylori* средствами первого ряда (Амоксициллин и Кларитромицин). ЭГДС в динамике проводили в течение первых суток при условии неустойчивого эндоскопического гемостаза, а также недостаточном первичном осмотре и при возникновении рецидива геморрагии. Тактика ведения больных с рециди-

вом геморрагии включала повторный эндогемостаз, эндоваскулярные вмешательства или экстренную операцию и в большинстве случаев определялась эмпирически.

Полученные результаты

Показатель общей летальности в группе составил 1.9%, послеоперационной — 15.4%, летальность в группе консервативного лечения — 1.5%. Хирургическая активность составила — 3.4%. В первые сутки пребывания в стационаре рецидив кровотечения был отмечен у 108 (7.1%) пациентов. Возможной причиной возникновения рецидива у большинства пациентов стало неполное соблюдение рекомендаций НКР. Повторный эндоскопический гемостаз оказался эффективен для 82 больных (76%) и потребовал применения дополнительных гемостатических методов, в том числе диатермокоагуляции, Endo Clot, Nemo-spray). У остальных 26 пациентов вновь развился рецидив кровотечения; повторно гемостаз был выполнен в 18 случаев, а в 3 случаях проведена транс-артериальная эмболизация. Ввиду неэффективности эндоскопических и медикаментозных методов остановки кровотечения было оперировано 17 больных, при этом послеоперационная летальность составила 29.4%. Общая летальность в группе с рецидивным язвенным кровотечением оказалась на уровне 11.1% (умерло 12 пациентов).

Обсуждение и выводы

Исходя из результатов исследования, следует сделать вывод, что повторное использование эндоскопических и эндоваскулярных методов остановки кровотечения при впервые возникшем рецидиве язвенного кровотечения позволяют избежать оперативного вмешательства у 84% пациентов. Повторный рецидив кровотечения диктует необходимость индивидуального тактического подхода, однако промедление с выполнением хирургического лечения ведет к значительному росту летальности.



ДЕКСИЛАНТ®

декслансопразол



ДЕКСИЛАНТ® – ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЭРБ ЛЮБОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ¹⁻⁸

- ✓ **Контроль симптомов 24 часа,**
в том числе и ночью¹⁻⁵
- ✓ **Низкий риск рецидивов изжоги^{6,7}**
- ✓ **Высокий показатель излечения**
эрозивного эзофагита – в **93% случаев³**
- ✓ **Улучшение качества жизни и качества сна**
у пациентов с ГЭРБ²



1. Fass R, et al. Clinical trial: the effects of the proton pump inhibitor dexlansoprazole MR on daytime and nighttime heartburn in patients with non-erosive reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 29, 1261–1272. 2. Fass R, et al. The Effect of Dexlansoprazole MR on Nocturnal Heartburn and GERD-Related Sleep Disturbances in Patients With Symptomatic GERD. *Am J Gastroenterol*. 2011;106(3):421-31. 3. Metz DC, et al. Clinical trial: dexlansoprazole MR, a proton pump inhibitor with dual delayed-release technology, effectively controls symptoms and prevents relapse in patients with healed erosive esophagitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;29:742–54. 4. Peura DA, et al. Distinguishing the impact of dexlansoprazole on heartburn vs. regurgitation in patients with gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2013; 38: 1303–1311. 5. Metz DC, et al. Clinical trial: dexlansoprazole MR, a proton pump inhibitor with dual delayed-release technology, effectively controls symptoms and prevents relapse in patients with healed erosive esophagitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;29:742–54. 6. Fass R, et al. Maintenance of heartburn relief after step-down from twice-daily proton pump inhibitor to once-daily dexlansoprazole modified release. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012;10:247–53. 7. Metz D.C et al. Withdrawing PPI Therapy After Healing Esophagitis Does Not Worsen Symptoms or Cause Persistent Hypergastrinemia: Analysis of Dexlansoprazole MR Clinical Trial Data. *Am J Gastroenterol* 2011; 106:1953–1960; doi: 10.1038/ajg.2011.220; published online 16 August 2011. 8. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Дексилант®, капсулы с модифицированным высвобождением, 40 мг от 30.08.2018. Рег. уд. № ЛП-002477 от 26.05.2014.

Сокращения: ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

Информация для специалистов здравоохранения. Подробнее о применении и противопоказаниях читайте в инструкции.

Торговое название: Дексилант®. **Активное действующее вещество:** декслансопразол. **Лекарственная форма и дозировка:** капсулы с модифицированным высвобождением 30 мг, 60 мг. **Показания к применению:** Дексилант® предназначен для применения у взрослых и подростков в возрасте от 12 лет по следующим показаниям: лечение эрозивного эзофагита любой степени тяжести; поддерживающая терапия после лечения эрозивного эзофагита и облегчение проявлений изжоги; симптоматическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни ГЭРБ. **Способ применения и дозы:** внутрь, капсулу принимают целиком вне зависимости от приема пищи. Также можно капсулу открыть, высыпать из нее гранулы в столовую ложку и смешать их с яблочным пюре; затем немедленно, не разжевывая, проглотить. **Лечение эрозивного эзофагита любой степени тяжести.** Для применения у взрослых и подростков в возрасте от 12 лет: Рекомендуемой дозой является 60 мг 1 раз в сутки. Курс лечения – 8 недель. **Поддерживающая терапия после лечения эрозивного эзофагита и облегчение проявлений изжоги.** Взрослые: Рекомендуемой дозой является 30 мг 1 раз в сутки. В проведенных исследованиях курс лечения составлял до 6 месяцев. Пациентам с эрозивным эзофагитом средней и тяжелой степени рекомендуемой дозой является 60 мг 1 раз в сутки. В проведенных исследованиях курс лечения составлял до 6 месяцев. Подростки от 12 лет: Рекомендуемой дозой является 30 мг 1 раз в сутки. Продолжительность курса лечения определяется врачом. **Симптоматическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни ГЭРБ.** Для применения у взрослых и подростков в возрасте от 12 лет: Рекомендуемой дозой является 30 мг 1 раз в сутки. Курс лечения – 4 недели. **Полная информация по способу применения и дозам представлена в инструкции по медицинскому применению.** **Противопоказания к применению:** повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата, совместное применение с ингибиторами протеза ВИЧ, абсорбция которых зависит от pH среды желудка (таких как атазанавир, нефопамид), из-за значительного уменьшения их биодоступности, возраст до 12 лет, беременность, период лактации. Препарат содержит сахарозу, поэтому его применение не рекомендовано пациентам с наследственной непереносимостью фруктозы, глюкозо-галактозной мальабсорбцией или сахарозо-изомальтазной недостаточностью. **Побочное действие:** наиболее частыми нежелательными побочными реакциями являются диарея, метеоризм, боли в животе, тошнота, рвота, инфекции верхних дыхательных путей. **Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению. Особые указания:** перед началом лечения декслансопразолом следует исключить возможность злокачественного новообразования, поскольку препарат может маскировать симптомы и отсрочить правильную постановку диагноза. **Перечень всех особых указаний представлен в инструкции по медицинскому применению. Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.** RU/DEXUR/1018/0046 от 03.10.2018
Дата выхода рекламы: март 2020 г.



000 «Такеда Фармасьютикалс»
119048, г. Москва,
ул. Усачева, дом 2, стр. 1
Тел.: +7 (495) 933 55 11;
факс: +7 (495) 502 16 25
www.takeda.com.ru

ООО «МедТехСити»

199004, г. Санкт-Петербург, пер. Биржевой д.2

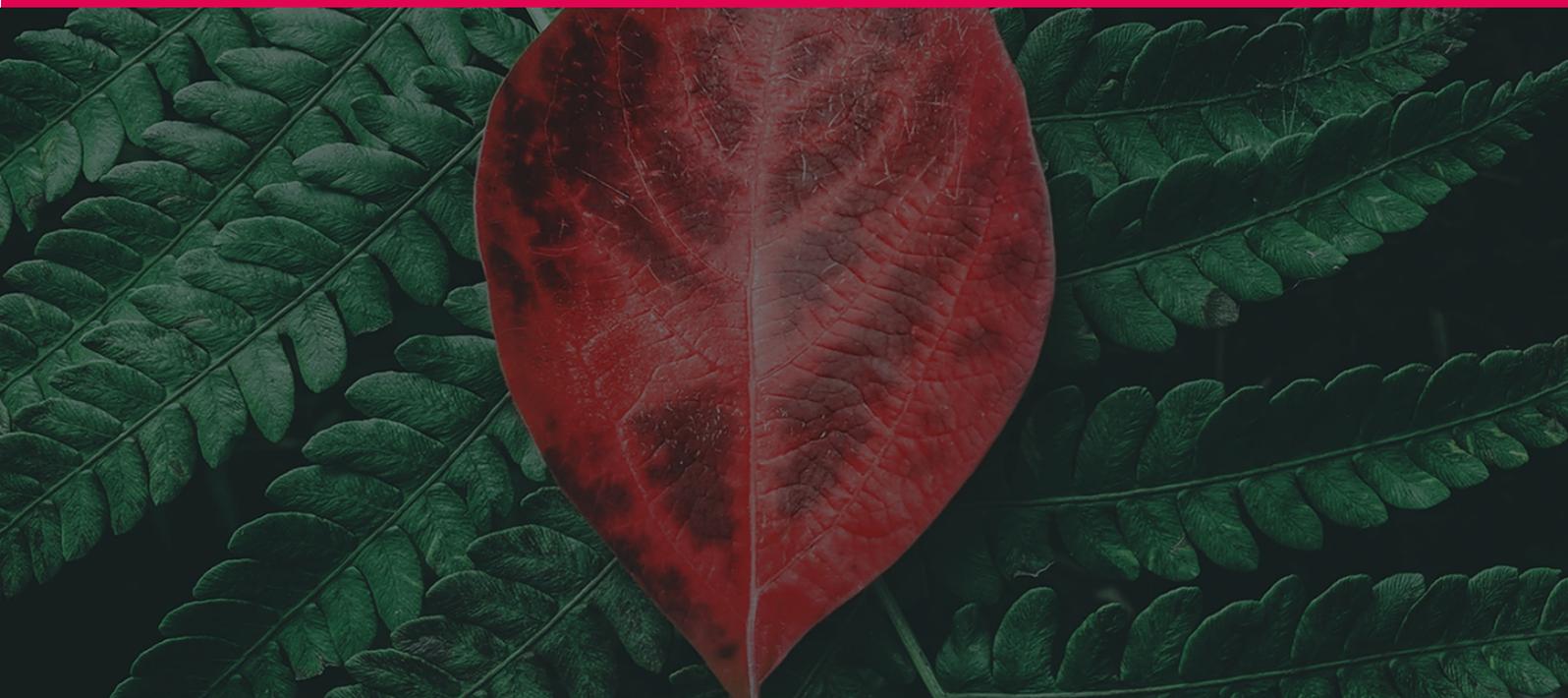
Конт.тел.: 8 (812) 309 89 86; 8 (812) 715 37 47; e-mail: info@mtcity-spb.com

ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ
SonoScape



актуальные вопросы
Эндоскопии
Санкт-Петербург

ПАНКРЕАТО-БИЛИАРНАЯ ЭНДОСКОПИЯ



#эндоскопия ❤️

ЭРХПГ-катетер Dual-Track

для параллельного заведения двух проводников в левый и правый печеночные протоки



Щипцы для пункционной биопсии

овальные чашечки с выступающей иглой для взятия пункционной пробы под контролем ЭндоУЗИ



Корзина Power Catch

- ультрапрочная нитиноловая корзина с памятью формы
- пригодна для литотрипсии
- для дробления камней повышенной жесткости
- с каналом под проводник

Подробный каталог с возможностью предзаказа на сайте www.mtw-endoskopie.ru

РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ОПЕРАЦИЙ. МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Аванесян Р.Г., Королев М.П., Федотов Л.Е., Плетнев М.Ю., Сабри С.Н.
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический медицинский университет» МЗ РФ
СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

📍 г. Санкт-Петербург



■ Аванесян Р.Г.



■ Королев М.П.



■ Федотов Л.Е.

Введение

Частота осложнений эндобилиарных вмешательств достигает 13,5% [4]. Многие авторы делят данные осложнения на следующие группы: осложнения доступа; невазкулярные осложнения; осложнения, связанные с повреждением сосудов печени; осложнения, связанные с установкой дренажа или стента [2,3]. По тяжести последствий осложнения чрескожных эндобилиарных вмешательств разделяют на 2 группы: тяжелые и легкие. К легким можно отнести миграцию дренажа, пневмоторакс, гипертермию в результате холангита, болевой синдром. Перитонит, сепсис, гемобилия и кровотечение в брюшную полость могут вызвать тяжелые последствия с высокой летальностью, в связи с чем требуют экстренной помощи и лечения в условиях отделения интенсивной терапии [1].

Цель — улучшить результаты чрескожных эндобилиарных вмешательств путем прогнозирования послеоперационных осложнений и поиском миниинвазивных методов их коррекции.

Материал и методы

С 2006 по 2018 год в клинике Общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ выполнены чрескожные эндобилиарные вмешательства 2458 пациентам; 1895 из них выполнено эндопротезирование желчных протоков. Средний возраст больных составил 64,7 года. Женщин было 1124, мужчин — 771. В большинстве наблюдений операции выполнены при злокачественных заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны — 1319 (69,6%) больных. Из 1319 больных со злокачественными новообразо-

ваниями 796 страдали опухолью головки поджелудочной железы, 115 — больных опухолью ОЖП и ОПП, 234 — метастатическим поражением лимфатических узлов печеночно-двенадцатиперстной связки, 45 — новообразованием желчного пузыря с прорастанием внепеченочного желчного протока, в 98 наблюдениях — опухолью Клатскина, в 31 — опухолью печени со сдавлением внутрипеченочных протоков.

Комбинированные миниинвазивные операции при холедохолитиазе выполнены 324 (17,1%) больным, при различных повреждениях желчных протоков — 149 (7,9%). Комбинированные миниинвазивные операции при холедохолитиазе выполняли больным, которым ретроградную эндоскопическую литэкстракцию не было возможности выполнить по нескольким причинам. В первую очередь это 89 больных с тяжелой сопутствующей патологией, которым общая анестезия была противопоказана.

В 24 случаях антеградное наружное чреспеченочное дренирование желчных протоков выполнено в связи с холангитом и инфекционно-токсическим шоком с целью наружной декомпрессии билиарной гипертензии и эвакуации гнойного содержимого из просвета желчных протоков. В 48 случаях причиной предварительного чрескожного наружного или наружно-внутреннего дренирования послужило наличие у больных парапапиллярных дивертикулов, что затрудняло канюляцию большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК). У 53 больных стриктурой терминального отдела ОЖП провести манипуляторы ретроградно в просвет желчного протока не удалось, что было причиной антеградного дренирования протоков. В 49 случаях после традиционной или лапароскопической холецистэктомии с дренирование

желчных протоков по Керу в ближайшем послеоперационном периоде диагностирован резидуальный холедохолитиаз. У этих больных, во избежание эвентерации органов брюшной полости при ЭПСТ и ретроградной литоэкстракции, выполняли антеградные эндобилиарные вмешательства. Наличие крупного и множественного холедохолитиаза у 54 больных требовало формирования постоянного наружного антеградного доступа к желчным протокам для выполнения многоэтапных сеансов комбинированной литоэкстракции с применением методов механической литотрипсии и баллонной пластики желчных протоков. У 7 больных холедохолитиазом после резекции желудка по Гфмейстеру-Финстереру (n=4) и экстирпации желудка (n=3) доставка эндоскопа к БСДПК была невозможной, что потребовало применение антеградных и комбинированных методов литоэкстракции по принятому в клинике методу.

После ятрогенного повреждения желчных протоков комбинированные миниинвазивные операции выполнены 149 больным. Всех больных с повреждениями желчных протоков разделили на 2 группы: с ранними и поздними осложнениями ятрогенного повреждения. К ранним осложнениям повреждения желчных протоков отнесли следующие последствия операций. У 15 пациентов выявлен клипированный или перевязанный внепеченочный желчный проток, у 28 пациентов — неполное пересечение и у 9 пациентов — полное пересечение протока. К поздним осложнениям ятрогенных повреждений протоков отнесли стриктуры анастомозов — 54 больных, стриктуры протоков в результате термического повреждения — 23 больных, 17 больных с неожоговыми стриктурами протоков. Кроме этого, в 3 наблюдениях ятрогенное повреждение было комбинированным: у 2 больных выявлено сочетание клипирования и пересечения протока, у 1 — клипирование, пересечение и термическое повреждение протока.

Табл. 1. Характеристика ранних послеоперационных осложнений

Осложнение	Число наблюдений, абс. (%)
Гемобилия	39 (2,1)
Кровотечение в брюшную полость (клинически значимое)	3 (0,2)
Кровотечение в двенадцатиперстную кишку	2 (0,1)
Плеврит	18 (0,9)
Перитонит	15 (0,8)
Желчеистечение в брюшную полость	28 (1,5)
Гематомы печени	14 (0,7)
Панкреатит	142 (7,5)
Итого:	261 (13,8)

В 103 (5,4%) наблюдениях эндобилиарные чрескожные операции выполнены при таких редких причинах билиарной гипертензии, как хронический панкреатит и его осложнения (n=46), стриктура терминального отдела ОЖП (n=33), киста ОЖП (n=6), склерозирующий холангит (n=5), закрытая травма живота с повреждением внутрипеченочных протоков и формированием наружного желчного свища (n=4), паразитарные заболевания (n=1), аутоиммунный панкреатит (n=1), желчеистечение из ложа удаленного желчного пузыря (n=5), стриктура желчного протока после трансплантации печени (n=2).

Результаты и обсуждение

Все осложнения чрескожных эндобилиарных вмешательств в послеоперационном периоде разделены на 2 группы: ранние и поздние. К ранним осложнениям отнесли гемобилию, кровотечение в брюшную полость, кровотечение в ДПК, плеврит (как правило правосторонний), желчеистечение в брюшную полость и перитонит, гематомы печени, панкреатит, воспаление подкожно-жировой клетчатки вокруг дренажа. Гиповолемия и гипонатриемия, а также нарушение углеводного и белкового обменов являются прямым следствием потери желчи и дуоденального содержимого при наружном и наружно-внутреннем дренировании, которые, безусловно, могут ухудшить состояние больного в послеоперационном периоде. Однако эти осложнения в большей степени являются следствием неадекватного лечения больных (табл. 1).

Указанные осложнения развивались во время операции или в течение первых суток после операции. При анализе причин и последствий гемобилии пришли к выводу, что частота осложнения возрастает при проксимальном блоке желчных протоков, нарушениях свертывающей функции крови (МНО >2 Ед), выполнении операции под местной анестезией, многократных поисковых пункциях под рентгенологическим контролем, пункции протоков близко конfluence, применении троакарной иглы. При сравнении частоты гемобилии при проксимальном и дистальном блоке желчных протоков пришли к выводу, что в 28 наблюдениях из 39 гемобилия возникла при проксимальном блоке. Из 39 наблюдений кровотечения в просвет желчных протоков у 34 МНО было >2 Ед. В 35 наблюдениях из 39 гемобилия развивалась во время операций, которые выполняли под местной анестезией. И, наконец, только лишь в 1 наблюдении из 39 применяли иглу Chiba, что подтверждает мнение многих специалистов об их атравматичности.

Разработан алгоритм профилактики гемобилии и лечения больных с подобным осложнением с применением миниинвазивных технологий и консервативных мероприятий, благодаря которым только в 3 случаях выполнены дополнительные миниинвазивные операции для остановки кровотечения — в 2 случаях замены дренажа на широкопросветный для остановки кровотечения из чреспеченочного канала, и в 1 наблюдении выполнена эмболизация ложной артерии левой печеночной артерии (Рис. 1).

Кровотечение в брюшную полость — неизбежное осложнение любого чрескожного чреспеченочного вмешательства. Однако клинически значимые кровотечения сопровождают операции редко. Среди оперированных

больных в 2 наблюдениях кровотечение было локализовано в правом поддиафрагмальном пространстве. Скопление крови было ликвидировано дренированием полости гематомы под контролем УЗИ. Необходимо отметить, что жидкая часть крови эвакуируется одновременно, сгустки крови эвакуируются постепенным отмыванием с применением растворов ферментов. Еще в 1 наблюдении кровотечение развилось в результате прорыва подкапсульной гематомы печени в брюшную полость. Причиной подкапсульной гематомы был отрыв спайки, фиксирующей печень к куполу диафрагмы (Рис. 2).

Кровотечение в ДПК зафиксировано в 2 наблюдениях, в результате разрыва стенки при баллонной дилатации во время комбинированной литэкстракции. В обоих наблюдениях кровотечение остановлено эндоскопическим клипированием кровоточащих сосудов.

В 18 наблюдениях течение послеоперационного периода было осложнено правосторонним плевритом. Лечение плеврита: дренирование плевральной полости, обеспечение альтернативного метода билиарной декомпрессии, удаление дренажа, который поддерживает связь между плевральной и брюшной полостями (Рис. 3, 4). Часто плеврит инфицируется. От эмпиемы плевры на фоне сепсиса умерло 3 пациента.

Истечение желчи в брюшную полость в 28 наблюдениях привело к формированию отграниченного скопления желчи в правом поддиафрагмальном пространстве, в правом боковом канале и в полости малого таза. Скопление жидкости дренировали 2–3 широкопросветными дренажами с дальнейшей санацией полости антисептиками. В этой группе больных летальный исход зафиксирован в 2 наблюдениях. Иная тактика лечения при распространенном перитоните, причиной которой является также желчеистечение без ограничения полости. В 15 наблюдениях распространенного перитонита выполнена лапароскопическая диагностика, в 11 — лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, в 4 наблюдениях выполнена конверсия. Летальность от перитонита была высокой, умерло 8 пациентов.

Гематомы печени являются следствием неоднократных пункций протоков печени в сложных ситуациях, а также вследствие применения недостаточно гибких инструментов, особенно проводников. Применение высокоточных методов изобразительной диагностики при поиске точки доступа к протоку и применение атравматичных инструментов позволяют уменьшить частоту послеоперационных внутривнутрипеченочных гематом.

Наиболее частым осложнением чрескожных чреспеченочных вмешательств является панкреатит. Причина панкреатита — обтурационный

фактор или поступление контрастного препарата в ППЖ. Из 142 больных острым панкреатитом после чрескожных чреспеченочных вмешательств в 12 наблюдениях диагностировали деструктивные изменения ПЖ с формированием некроза ткани. Из числа больных острым панкреатитом умерло 8 (5,6%) пациентов (Рис. 5). При развитии панкреатита, помимо консервативного лечения, необходимо удалить установленный стент или наружновнутренний дренаж с формированием наружной холангиостомы, при необходимости — выполнить стентирование ППЖ при возникновении постнекротических кист или абсцес-



Рис. 1. Эмболизация ложной аневризмы левой долевой артерии

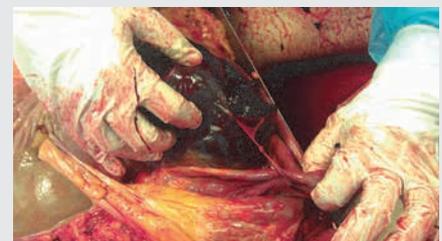
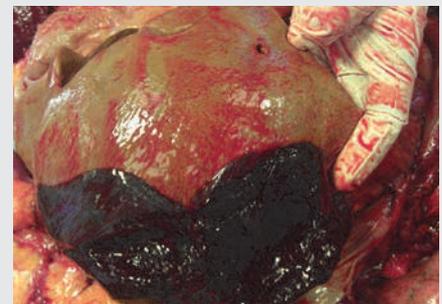


Рис. 2. Разрыв подкапсульной гематомы правой доли печени в результате отрыва спайки



Рис. 3. Наружное дренирование правого долевого протока через правый плевральный синус при атрофическом повреждении общего печеночного протока



Рис. 4. Ретроградное стентирование правого долевого протока с целью восстановления проходимости общего печеночного протока и удаление наружной холангиостомы из правого долевого протока



Рис. 5. Панкреонекроз после стентирования общего желчного протока

сов парапанкреатической клетчатки — дренировать их контролем УЗИ.

Таким образом, летальность составила 8,4% от общего числа больных с ранними осложнениями (22 пациента), что составило 0,9% от общего числа больных с эндобилиарными вмешательствами.

Заключение

Применение высокоточной ультразвуковой техники и атравматичных инструментов позволяет свести к минимуму частоту геморрагических осложнений. Риск гемобилии возрастает при эндопротезировании проксимальных отделов желчных протоков при сегментарном и секторальном блоке.

Контроль всех этапов миниинвазивных оперативных вмешательств позволяет уменьшить частоту тяжелых послеоперационных осложнений, своевременно выполнить инвазивную или неинвазивную коррекцию нежелательных последствий.

Применение комбинированного двойного (анте- и ретроградного) доступов к желчному протоку помогает нивелировать недостатки отдельно взятых доступов, уменьшить травматичность метода, и, тем самым, уменьшить частоту послеоперационных осложнений и летальность.

Список литературы

1. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Адылходжаев А.А., Рахманов С.У., Хасанов В.Р. Лечение осложнений чреспеченочных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе, обусловленной периампулярными опухолями. *Анналы хирургической гепатологии*. 2015; 20(3): 68–74.
2. Кириллова М.С. Осложнения антеградных желчеотводящих вмешательств при различном уровне опухолевого билиарного блока: дис. ... канд. мед. наук. М., 2013. 120 с.
3. Розен В.В. Выбор метода билиарной декомпрессии в комплексном лечении пациентов с синдромом механической желтухи: дис. ... канд. мед. наук. Пенза., 2015. 136 с.
4. Damodharan K, Gogna A, Leong S, Too C.W, Patel A, Tay K. H., Tan B.S., Lo R., Irani F. Diagnosis and Management of Complications from Percutaneous Biliary Tract Interventions. *RG*. 2017; 2(37): 665–680.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВНУТРИПРОТОВОКОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОПУХОЛИ КЛАЦКИНА

С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦИФРОВОГО ВИДЕОХОЛЕДОСКОПА SPYGLASS™ DS

Артемкин Э. Н.¹, Соколов А. А.^{1,2}, Соколов Д. В.¹, Тычинская К. С.¹, Рядинская И. А.¹, Кельзин А. И.¹

¹ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н. Н. Бурденко»

²ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ

г. Москва



■ Артемкин Э. Н.



■ Соколов А. А.



■ Соколов Д. В.



■ Тычинская К. С.

Холангиоцеллюлярный рак (ХЦР) составляет 3% всех злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта, а среди первичных опухолей печени он занимает второе место в мире по распространенности, и относится к числу наиболее тяжело протекающих опухолей гепатопанкреатобилиарной зоны (1).

ХЦР в 50–70% случаев представлен опухолью Клацкина — злокачественным образованием проксимальных внепеченочных желчных протоков, верхней границей которого является начало сегментарных печеночных протоков второго порядка, а дистальной — область слияния общего печеночного и пузырного протоков.

Хирургическое вмешательство рассматривается как основной метод радикального лечения больных раком билиарного тракта. Однако, длительное бессимптомное течение не позволяет диагностировать заболевание на ранних стадиях. В связи с этим, большинству пациентов проводится только паллиативное лечение, направленное на декомпрессию желчных протоков и воздействие на саму опухоль путем использования химиотерапии, лучевой и фотодинамической терапии (ФДТ).

Первое упоминание об успешном применении ФДТ при раке внепеченочных желчных протоков относится к 1991 году, когда McCaughan J.S. et al. сообщили о пациентке, страдавшей морфологически подтвержденной опухолью общего желчного протока, прожившей более 4 лет после 6 сеансов эндоскопической внутрипротоковой ФДТ (2). В 1998 году Ortner M.E. et al. представили результаты успешного применения ФДТ под холангиоскопическим контролем для лечения неоперабельной воротной холангиокарциномы III и IV типов по классификации Bismuth-Corlette. В группе пациентов с ФДТ медиана выживаемости составила 493 дня, в то время как в группе, в которой

проводилось только билиодуоденальное стентирование, медиана выживания составила только 98 дней (3).

В 2007 году фирмой Boston Scientific (США) была предложена к клиническому применению первая модель дочернего эндоскопа SpyGlass. Принципиально новая электронная видеосистема была разработана и апробирована за рубежом в 2015 году, а через два года прошла испытание в России.

Одним из основных показаний для применения пероральной эндоскопической холангиоскопии является дифференциальная диагностика характера стриктур желчных протоков, которая позволяет только на основании данных визуального осмотра установить генез стриктуры в 89% случаев (4).

Цель исследования. Улучшить диагностику и лечение больных с опухолями Клацкина с использованием методики внутрипротоковой фотодинамической терапии под контролем цифрового видеохоледоскопа технологии SpyGlass DS.

При анализе доступного информационного пространства нами не обнаружено описания проведения внутрипросветной ФДТ при опухолях внепеченочных желчных протоков с использованием системы SpyGlass DS.

На основе уже имеющегося международного и отечественного опыта применения внутрипротоковой ФДТ в эндоскопическом отделении ФГБУ «Главного военного клинического госпиталя имени академика Н. Н. Бурденко» МО РФ впервые в России использована методика эндоскопической внутрипросветной фотодинамической терапии с использованием цифрового видеохоледоскопа SpyGlass DS у больного со стенозирующей опухолью проксимального отдела общего печеночного протока с распространением на конfluence и долевые желчные протоки.

Пациент В., 58 лет, поступил в хирургическое отделение с диагнозом механическая желтуха неясного генеза. С целью

декомпрессии было выполнено чрескожное чреспеченочное наружное раздельное дренирование правого сегментарного и левого долевого протоков под ультразвуковым и рентгеновским контролем. При фистулографии установлено значительное расширение правого долевого протока с полным его блоком и умеренное расширение левого долевого протока с его частичной проходимостью. Данная картина была расценена как опухоль проксимальных внепеченочных желчных протоков. Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости, выявлена тотальная обструкция правого долевого протока с наличием мягкотканного компонента в данной зоне, размерами до 20x18мм, которое накапливает контрастное вещество. В воротах печени увеличенные до 17x11 мм лимфоузлы. С целью уточнения диагноза и его морфологической верификации осуществлена ЭРХГ, при которой определено сужение проксимальной части ОПП с полным блоком правого долевого протока и частичной проходимостью левого долевого протока. Для проведения последующих манипуляций на желчных протоках выполнена ЭПСТ, щипковая и браш-биопсия образования под рентгеновским контролем. Попытки установки полимерного стента в правый долевого желчный проток не увенчались успехом.

При цитологическом и гистологическом исследовании полученного материала достоверных признаков опухоли не выявлено.

Для верификации диагноза проведена повторная ЭРХГ и внутривидеоскопическая ультрасонография. В левый долевого проток установлен проводник, по которому в желчные протоки проведен ультразвуковой минидатчик и осуществлено их сканирование с частотой 20МГц. В зоне конfluence желчных протоков опухоль муфтообразно охватывает датчик, толщиной 3–4 мм, имеет повышенную эхогенность, мелкозернистую неоднородную структуру с неровным контуром, распространяется на правый и, в меньшей степени, на левый долевого протоки и проксимальный отдел общего печеночного протока. Слои стенки протока не дифференцируются. Для визуализации опухоли и прицельного взятия биопсии выполнена пероральная холедохоскопия с помощью эндоскопической системы SpyGlass DS. Видеохоледохоскоп проведен через инструментальный канал дуоденоскопа и далее через устье холедоха. При осмотре в водной среде внутренней поверхности желчных протоков установлено, что слизистая имеет серовато-желтоватый цвет, неровная с мелкими ворсинками. Определено устье пузырного протока в виде «воронки». На 25 мм выше него визуализирован дистальный край опухолевидного образования, который имеет белесовато-бугристую поверхность, суживающее просвет протока вблизи конfluence. Устье левого долевого протока щелевидной формы, протяженность поражения около 10 мм, выше определяется неизменная слизистая. Устье правого долевого протока обтурировано опухолью. С помощью сверхтонких биопсийных щипцов, выполнен забор материала из разных участков опухоли. Через канал холедохоскопа проведена нитиоловая струна в устье правого долевого протока и, после удаления дочернего эндоскопа, под рентгенологическим контролем осуществлена установка полимерного билиарного стента длиной 15 см и диаметром 8,5 Fr. Отмечена свободная эвакуация контраста и желчи из протоков правой доли печени.

При проведении гистологического исследования установлена интрадуктальная папиллярная неоплазия желчных

протоков с интраэпителиальной неоплазией слабой степени с фокусами фиброза, в которой определяются сдавленные железистоподобные структуры с фокусами аденокарциномы, нельзя исключить инвазивный рост.

На основании полученных данных был выставлен диагноз опухоли Клацкина тип IV по классификации Bismuth–Corlette. Онкоконсилиумом случай признан неоперабельным и пациенту решено первым этапом лечения провести внутривидеоскопическую ФДТ. Согласно лечебному плану через 3 часа после внутривенного введения препарата Радахлорин в дозе 1мг/кг выполнена ЭРХГ, удален полимерный стент и осуществлена пероральная холедохоскопия с помощью системы SpyGlass DS. Эндоскопическая картина желчных протоков по сравнению с ранее выявленной отличалась наличием небольшого количества нитей фибрина и участков очаговой гиперемии, как реакция на наличие полимерного стента. Через инструментальный канал холедохоскопа введен специальный световод и осуществлен сеанс ФДТ из 4 позиций с обработкой всей поверхности внутривидеоскопической части опухоли, в том числе и участков, расположенных в долевого протоках. Плотность энергии составила суммарно 300 Дж/см². Общее время лазерного облучения 20 мин. Сразу после сеанса ФДТ в зоне лазерного воздействия на поверхности опухоли отмечен отек опухолевой ткани, изменение ее цвета на матово-серый соответственно полю лазерного облучения. На третьи сутки больному выполнена контрольная видеохоледохоскопия, при которой было отмечено наличие поверхностного геморрагического некроза на поверхности опухоли.

На 10 сутки после сеанса ФДТ у пациента значительно сократился дебет выделяемой желчи через наружные билиарные дренажи. При контрольной фистулографии отмечено поступление контрастного вещества через ранее заблокированный правый долевого проток, и улучшение проходимость левого долевого протока.

Таким образом, первый опыт использования внутривидеоскопической фотодинамической терапии опухоли Клацкина с использованием технологии SpyGlass™ DS позволяет технически безопасно при прямом визуальном контроле проводить лазерное воздействие, что открывает новые перспективы в лечении нерезектабельного рака проксимальных внепеченочных желчных протоков.

Список литературы

1. Жариков Ю.О., Коваленко Ю.А., Чжао А.В. Биомолекулярные факторы прогноза при опухоли Клацкина. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2016; (5): 82–85.
2. McCaughan J.S. Jr., Mertens B.F., Cho C., Barabash R.D., Payton H.W. Photodynamic therapy to treat tumors of the extrahepatic biliary ducts. A case report. Arch. Surg. 1991; 126 (1): 111–113. doi:10.1001/archsurg.1991.01410250119022. PMID: 1824676;
3. Ortner M.E., Liebetruth J, Schreiber S, Hanft M, Wruck U, Fusco V, Muller JM, Hortnagl H, Lochs H. Photodynamic therapy of nonresectable cholangiocarcinoma. Gastroenterology. 1998;114:536–542;
4. Parsi M.A., et al. Utility of a prototype peroral video cholangioscopy system with narrow-band imaging for evaluation of biliary disorders (with videos) Gastrointest Endosc. 2011;74:1148–1151;

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЭПСТ В НЕСТАНДАРТНЫХ СЛУЧАЯХ

Ахунбаев С.М., Узиков О.Ж.
Международная высшая школа медицины

г. Бишкек Кыргызская Республика

В настоящее время доминирующим положением в эндобилиарной хирургии является утверждение о селективной канюляции общего желчного протока как основном условии эффективности и безопасности эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). В 49–70% процентов наблюдений по данным разных авторов [1,3] достижение этого элемента вмешательства возможно на интактном большом дуоденальном сосочке (БДС), однако, при этом, не смотря на достаточно высокий прогресс в плане развития эндохирургического инструментария, наиболее эффективным способом её достижения в оставшихся 51–30% является предрассечение (precut) с последующей идентификацией устья общего желчного протока в канале БДС по предложенным топографо-анатомическим ориентирам [2]. Однако, визуализация эндоскопических ориентиров далеко не всегда происходит элементарно, что приводит к затягиванию интервенции, излишней инсуффляции воздухом, усилению перистальтической активности и болевого синдрома.

Цель исследования

Изучить неудовлетворительные результаты ЭПСТ и предложить способы их коррекции.

Материалы и методы

Основными параметрами оценки эффективности предрассечения и доступности канюляции общего желчного протока использовали время, затраченное на идентификацию устья холедоха, а так же частоту успешных идентификаций и многоэтапных ЭПСТ. ЭПСТ проводилась дуоденоскопиями фирм «Olympus» и «Pentax» моделей GIF-XQ30, IT-10 и FG-29F. Использовались стандартные папиллотомы типа Демлинга и торцевые фирмы «Olympus» моделей KD10Q-1, KD411Q, KD29Q, и набор папиллотомов собственной модификации. Для создания диатермирующего эффекта использовали установки фирм «Olympus» модели UES-10.

Результаты и обсуждение

При исследовании факторов, предрасполагающих проведению ЭПСТ в технически сложных условиях, выявлено, что наиболее актуальным является проведение данного вмешательства на БДС незначительных размеров, при этом за незначительные размеры БДС принимали случаи его выступления в просвет двенадцатиперстной кишки не более, чем на 3 мм. при аналогичной длине. Как показывает практика, встречаемость БДС незначительных размеров достаточно незначительна — на 300 выполненных предрассечений не более 14 наблюдений

(4,7%), но при этом средняя продолжительность выполнения интервенции у этих пациентов составила 71 мин (при среднем показателе 7 мин), а необходимость в отсроченном (двух- и, даже, трёхэтапном) выполнении ЭПСТ из-за сложности визуализации устья общего желчного протока возникла в 8 наблюдениях из 14 (57,1%), а в одном наблюдении (7,1%) ЭПСТ так и не была эффективно выполнена, при этом уровень постпапиллотомических панкреатитов в данной группе составил 28,57% (в 4 наблюдениях из 14), при среднем у прочих 286 пациентов 0,7% (2 наблюдения).

Таким образом, очевидно, что методология проведения ЭПСТ по комбинированному варианту у пациентов с БДС незначительных размеров нуждается в совершенствовании. Какие же пути решения проблемы? Первый путь был затронут выше — создание оптических систем, позволяющих с близкого расстояния увеличивать препарируемый материал, однако, это затратный и длительный путь. Вторая возможность — это визуализация устья общего желчного протока в ампуле БДС за счёт антеградного введения в желчно-протоковую систему слабого раствора метиленового синего или другого индифферентного пигмента. В этом случае поступаемый из устья общего желчного протока раствор сам обозначает его. Данную точку зрения подтверждают результаты проведения ЭПСТ 21 пациентом (вторая исследуемая группа — 21 наблюдение, не входящие в первую исследуемую группу 300 пациентов с выполненным предрассечением) с наружным дренированием желчных протоков и интраоперационным введением слабого (0,01%) раствора метиленового синего. У 17 пациентов (81%) из данной группы имело место дренирование по Пиковскому, у 2-х (9,5%) — по Керу и у 2-х (9,5%) имела место холецистостомия, выполненная по поводу смешанного панкреонекроза. У 12 пациентов (57,1%) в данной группе имел место БДС с протяжённостью не более 3 мм. (что типично при высоком дренировании желчных протоков или высоких блоках гепатикохоледоха), у 7-и пациентов (30,3%) имел место БДС типичных размеров (8–15 мм в длину), в 2-х наблюдениях (9,5%) БДС имел увеличенные размеры (более 15 мм в длину), связанные в одном наблюдении с гиперпластическим полипом ампулы БДС и в другом — с ущемлённым в ней конкрементом.

Типы предрассечения [6] использовались различные: в 17-и наблюдениях (81%) — расположенным вдоль электродом торцевого папиллотомы, в 2-х наблюдениях (9,5%) — поперёк оси БДС и в 2-х наблюдениях (9,5%) — типичное предрассечение торцом электрода. Несмотря на вышеприведённые различия в данной группе общим

во всех наблюдениях были следующие моменты — невозможность селективной канюляции общего желчного протока до проведения предрассечения, а также устье холедоха после проведения предрассечения идентифицировалось по поступлению из него раствора метилевого синего, что значительно сокращало затраченное на интервенцию время до 5 мин. и неглубокий характер предрассечения. Осложнений в данной группе не наблюдалось, необходимость в многоэтапном выполнении ЭПСТ не возникала.

Какие способы введения красителя в желчные протоки допустимы? Через установленный при проведении холецистэктомии дренаж желчных протоков. Этот путь, пусть и опробованный на практике, не представляется предпочтительным по следующим причинам. В основном перед эндоскопистом ставится задача выполнить эффективную ЭПСТ до проведения холецистэктомии, с тем, чтобы возникла возможность её выполнения ла-

пароскопическим доступом. Конечно, можно провести наружное дренирование общего желчного протока и при лапароскопической холецистэктомии, затем в раннем послеоперационном периоде выполнить ЭПСТ, но тут также возникает масса сопутствующих проблем, связанных с инсуффляцией воздуха в желудочно-кишечный тракт уже ослабленному хирургической интервенцией пациенту. Третий путь решения проблемы — дооперационная чрезкожно-чрезпечёночная пункция желчных протоков иглой Хиба (ШИБА). Вероятно, при отработанной и безопасной методике данной интервенции, данный путь визуализации устья общего желчного протока в ампуле БДС будет оптимальным.

Очевидно, что подобные результаты интервенции делают разработку технологии инвазивной (чрескожно-чрезпечёночной) идентификации устья общего желчного протока при слабой эндоскопической визуализации его признаков чрезвычайно перспективными.

Литература.

1. А. С. Балалыкин. Неудачи РХПГ. Материалы 6-го московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. М. 24–26 апр. 2002, с. 91
2. V.V. Yurchenko, Uzakov O.J. Possibilities of endobiliary stenting with complex choledocholithiasis. Papers of Annual International Inter-University Scientific and Practikal Conference «Innovations in the Field of Medical Science and Education» Oktober 17–19, 2019, Cholpon-Ata, International School of medicine, Bishkek, Kyrgyzstan. Heart Vessels and Transplantation journal.— Desember 2019.— Volume3: ussue4,— P214–217.
3. Maydeo A. Techniques of selective cannulation and sphincterotomy / A. Maydeo, D. Borkar // Endoscopy.— 2003.— N35 (8).— P. 19–23.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЭРПХГ И ПСТ

Брегель А. И., Евтушенко В. В., Гавриленко А. А., Мути́н Н. А.
Иркутский государственный медицинский университет,
ОГБУЗ «Иркутская городская клиническая больница № 1»

г. Иркутск

Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) в настоящее время является общепринятым методом выяснения причины механической желтухи, а в сложных диагностических случаях — проведения дифференциальной диагностики между механической и паренхиматозной желтухой. ЭРПХГ проводится в большинстве крупных лечебных учреждений, оказывающих неотложную хирургическую помощь. 70–80% всех ЭРПХГ заканчивается эндоскопической папиллосфинктеротомией (ПСТ) для восстановления пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку и ликвидации механической желтухи. В то же время, несмотря на широкое распространение ЭРПХГ и ПСТ, эти вмешательства являются достаточно сложными в техническом выполнении и сопровождаются возникновением осложнений, опасных для жизни пациентов.

Материал и методы

ЭРПХГ в течение 12 лет была выполнена у 522 больных. У 389 (74,52%) она завершилась ПСТ. В 54 (10,34%) случаях имели место различные осложнения. В работе проанализированы характер и возможные причины осложнений после ЭРПХГ и ПСТ. У 40 больных анализ был проведен по историям болезни и у 14 — по протоколам эндоскопических исследований.

Мужчин было 9 (16,67%), женщин — 45 (83,33%). В возрасте до 40 лет было 4 (7,41%) больных, 41–50 лет — 5 (9,26%), 51–60 лет — 11 (20,37%), 61–70 лет — 11 (20,37%), 71–80 лет — 17 (31,48%) и старше 80 лет было 6 (11,11%) больных.

Полученные результаты

Содержание билирубина в плазме крови не было повышено только у 15,0% больных, у 10,0% уровень билирубина был 21–40 ммоль/л, у 7,5% — 41–80, у 22,5% — 81–120 ммоль/л, у 20,0% — 121–160 ммоль/л, у 17,5% — 161–220 и у 7,5% больных содержание билирубина было более 221 ммоль/л.

При УЗИ камни в холедохе визуализированы у 17,5% больных, у 70,0% камней найдено не было и у 12,5% по данным УЗИ достоверно высказаться о наличии или отсутствии конкрементов в холедохе было нельзя.

Диаметр большого дуоденального соска (БДС) у большинства больных не превышал 5 мм. Нетипичное расположение БДС обнаружено у 6 (11,11%) больных: У 2 оно располагалось в парапапиллярном дивертикуле и у 4 — в крае дивертикула.

Форма устья БДС у 46 (85,19%) больных было округлым, у 7 (12,96%) — щелевидным и у 1 (1,85%) больного — точечным.



■ Брегель А. И.

■ Евтушенко В. В.

У 3 (5,56%) больных исследование было ограничено вирсунгографией. Еще у 4 больных по различным причинам не удалось канюлировать протоки и им была выполнена ПСТ без ЭРПХГ.

В анализируемой группе больных диаметр холедоха только у 4 (8,51%) больных не был увеличен и составлял менее 6 мм, у 5 (10,64%) был от 7 до 10 мм, у 27 (57,45%) — 11–15 мм, у 10 (21,28%) — 16–20 мм и у 1 (2,13%) больного был больше 20 мм.

Причиной механической желтухи у 35 (64,81%) больных явились камни в холедохе, у 10 (18,9%) — микрохоледохолитиаз и у 2 (3,70%) больных имелась стриктура холедоха. У 7 (12,96%) больных причина желтухи не была установлена, а лишь был исключён ее механический характер.

ПСТ выполнена как канюляционным, так и неканюляционным способом у 48 (88,89%) больных. Длина папиллотомного разреза составила у 22 (45,83%) больных до 10 мм, у 23 (47,92%) — 11–15 мм и у 3 больных (6,25%) — 16–20 мм.

После ПСТ конкременты из желчных протоков были удалены у 18 больных, у 20 больных камней в протоках не было обнаружено. У 16 больных камни из общего желчного протока не были извлечены. Причинами, не позволившими удалить камни из холедоха во время эндоскопии, были большие размеры конкрементов (13), прочная фиксация камней в желчных протоках (2) и другая причина (1).

У большинства больных была разнообразная сопутствующая патология — гипертоническая болезнь, ИБС, сахарный диабет, пневмония и др.

Кровотечение из папиллотомного разреза возникло у 36 (6,90%) больных что составило 66,67% всех осложнений ЭРПХГ и ПСТ. У всех больных был достигнут эндоскопический гемостаз. Рецидив кровотечения после эндоскопического гемостаза возник у 4 больных после окончания исследования. При рецидиве кровотечения в трёх случаях

был успешно проведен повторный эндоскопический гемостаз, а один пациент был оперирован по поводу возникшего кровотечения.

Острый панкреатит развился у 7 (1,34%) больных, или в 12,96% всех осложнений. Перфорация холедоха произошла у 8 (1,53%) больных или в 14,81% всех осложнений. Перфорация ДПК была у 1 (0,29%) больных и папиллит у 2 (0,38%) больных.

Возможными причинами возникших осложнений могли быть особенности анатомического расположения и строения БДС, трудности канюляции БДС, чрезмерная длительность исследования, неправильный режим коагуляции при ПСТ и технические погрешности.

Операции в связи с возникшими осложнениями после ЭРХПГ и ПСТ выполнены у 8 (14,81%) больных в связи с перфорацией холедоха и ДПК (7) и рецидива кровотечения (1).

Кроме того в последующем в плановом порядке и по срочным показаниям были оперированы ещё 21 (38,89%) больных. Им были выполнены холецистэктомия, которая у части больных сочеталась с холедохотомией, удалением конкрементов из холедоха, наложением холе-

доходуоденоанастомоза и различными вариантами дренирования желчных протоков. У 2 больных была наложена микрохолецистостома.

Заключение

Наш опыт проведения ЭРПХГ и ПСТ подтверждает их высокую информативность и терапевтическую эффективность. ЭРПХГ в большинстве случаев позволяют установить причину желтухи, размеры, количество конкрементов и диаметр общего желчного протока.

При ЭРПХГ и ПСТ возможно возникновение тяжёлых осложнений в 14,81% случаев требующих неотложного хирургического вмешательства. Факторами, повышающими вероятность развития осложнений являются особенности анатомического расположения и строения БДС, трудности канюляции БДС, чрезмерная длительность исследования, неправильный режим коагуляции при ПСТ и технические погрешности.

Для выполнения ЭРПХГ и ПСТ необходимо наличие современного исправного оборудования и инструментария, адекватного анестезиологического пособия, квалифицированных врачей-эндоскопистов и хирургов.

МЕСТО БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ ОБЛАСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ВНУТРИПРОТОВОКОЙ ЛИТОТРИПСИИ

В ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО «СЛОЖНЫМ» ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Будзинский С. А.^{1,2}, Шаповальянц С. Г.^{1,2}, Федоров Е. Д.^{1,2}, Захарова М. А.³, Платонова Е. Н.²

¹ ФГАОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова МЗ РФ

² ГБУЗ «Городская клиническая больница № 31 ДЗ г. Москвы»

³ ФГБУ «НМИЦ хирургии имени А. В. Вишневского» МЗ РФ

г. Москва



■ Будзинский С. А.



■ Шаповальянц С. Г.



■ Федоров Е. Д.



■ Захарова М. А.



■ Платонова Е. Н.

Актуальность

«Золотым стандартом» в лечении холедохолитиаза (ХЛ) уже долгие годы является эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с последующей литоэкстракцией (ЛЭ), технический успех которых достигается в 90–98% случаев[1]. Однако, при выявлении «сложного» ХЛ (диаметр конкремента более 15 мм, количество конкрементов более двух, нестандартные особенности анатомии перипапиллярной области), общепринятая тактика может быть менее успешной. Одним из самых известных и распространенных методов лечения «сложного» ХЛ является внутривнутрипротоковая механическая литотрипсия (МЛТ). Однако, ее эффективность не превышает 90% случаев и напрямую зависит от плотности конкрементов [2].

Другие методы литотрипсии (ЛТ), такие как экстракорпоральная ударно-волновая, лазерная и электрогидравлическая контактная ЛТ, способны фрагментировать конкременты любой плотности, но являются достаточно трудоемкими и дорогостоящими вмешательствами, что существенно ограничивает их широкое применение [3].

В последнее десятилетие в клиническую практику все более активно внедряется новый технический подход эндоскопического лечения «сложного» ХЛ: баллонная дилатация (БД) области предварительно выполненной

дозированной ЭПСТ. Данный подход направлен на создание более широкого доступа в желчные протоки является по данным литературы достаточно эффективным и безопасным[4].

Цель

Оценить результаты БД области дозированной ЭПСТ, в том числе в комбинации с внутривнутрипротоковой МЛТ у больных со «сложным» ХЛ.

Материал и методы

Проведен анализ результатов применения БД области ЭПСТ и МЛТ у пациентов со «сложным» ХЛ, проходивших лечение в ГКБ № 31 г. Москвы с 01.01.2014 по 01.01.2020.

Данный подход был использован у 187 пациентов (женщин — 125, мужчин — 62). Возраст пациентов варьировался от 22 до 97 лет и в среднем составлял 70,7 ± 14,5 лет. Явления механической желтухи имели место в 147 (76,6%) случаях, дилатация билиарного тракта без клинических признаков нарушения желчеоттока — в 45 (23,4%) наблюдениях.

Единичные конкременты желчного дерева встречались в 125 (65,1%) случаях, а множественный холедохолитиаз (более 3) — в 67 (34,9%) наблюдениях. При этом диаметр камней билиарного тракта варьировался от 8 до 45 мм при среднем показателе 16,9 ± 5,5 мм.



Рис. 1. Выполнение эндоскопической папилло-сфинктеротомии (эндофото)



Рис. 2. Проведение дилатационного баллона в зону устья общего желчного протока после дозированной ЭПСТ (эндофото)

БД области ЭПСТ также явилась методом выбора у 69 (36,9%) пациентов с атипичной анатомией верхних отделов желудочно-кишечного тракта или области БСДК. Так, дивертикулы парапапиллярной области были выявлены в 58 (84,1%) случаях. У 4 (5,8%) пациентов встретился плоский БСДК без наличия анатомических ориентиров для проведения безопасной ЭПСТ. В 3(4,5%) случаях была отмечена выраженная деформация дистальных отделов холедоха с его относительным сужением, а 2(2,9%) пациента ранее перенесли резекцию желудка по Бильрот-II.

Эндоскопическое вмешательство включало ряд последовательных этапов:

- дозированная ЭПСТ с целью разобщения устьев желчного и панкреатического протоков и частичного расширения устья холедоха(Рис.1);
- низведение и позиционирование билиарного дилатационного баллона под рентгенологическим и эндоскопическим контролем таким образом, чтобы его дистальная часть располагалась в дистальных отделах общего желчного протока, а проксимальная — в просвете двенадцатиперстной кишки(Рис. 2; 3);
- медленное нагнетание контрастного вещества в просвет баллона под контролем манометра до полного расправления баллона и исчезновения рентгенологической «талии» (целевое давление в просвете баллона от 2 до 6 Атм, экспозиция 30–40 сек.) с последующей десуффляцией и извлечением баллона (Рис. 3);



Рис. 3. Баллонная дилатация области ЭПСТ:
А- расправление баллона с формированием РГ-талии;
Б — расправление баллона (эндофото);
В — полное расправление баллона (рентгенологическое изображение)



Рис. 4. Литоэкстракция с помощью корзинчатого захвата Dormia:
А – эндофото;
Б –РГ- изображение, В — самопроизвольное отхождение камней

- литоэкстракция с применением корзинчатого захвата Dormia или ревизионного баллонного катетера (Рис. 4).

Результаты

Первичная ЭПСТ была выполнена в 121 (63%) случаях, у 8 (4,2%) больных потребовалось дополнительное рассечение сфинктерного аппарата БСДК после ранее выполненной ЭПСТ, а в 71 (37,0%) наблюдении – ЭПСТ была проведена ранее в достаточном объеме.

Во всех наблюдениях была проведена БД области ЭПСТ с последующей попыткой ЛЭ. При этом технический успех был достигнут в 119 (63,6%) случаях. В остальных 63 (33,7%) наблюдениях потребовалось дополнительное проведение МЛТ, которая была эффективна у 61 (96,8%) пациента. Еще у 2 (3,2%) больных многоэтапное лечение с использованием МЛТ было безуспешным, и пациентам была выполнена лапаротомия, холедохолитотомия с наружным дренированием холедоха по Керу.

В 5 (2,6%) случаях попытки дополнительной МЛТ не предпринимались: в 3 наблюдениях было выполнено билиарное стентирование пластиковыми стентами, в 1 — дистанционная экстракорпоральная ЛТ с последующей ЛЭ; еще в 1 — лапаротомия с ушиванием перфорации, осложнившей эндоскопическое вмешательство, и одномоментная литоэкстракция.

Таким образом, при комбинации двух методик (БД области ЭПСТ и МЛТ с последующей ЛЭ) клинического успеха удалось достигнуть в 180 случаях из 187 (96,3%).

Частота осложнений эндоскопического лечения «сложного» холедохолитиаза с применением БД области ЭПСТ, при необходимости дополненной МЛТ составила 2,1% (4/187). В 2 (1,1%) случаях на фоне проведенной БД возникло кровотечение, а острый панкреатит,

также как и перфорация — в 1 (0,5%) наблюдении. При этом у 2 (50%) больных осложнения были успешно ликвидированы эндоскопическими методами: в 1 случае кровотечения был проведен комбинированный гемостаз, а при развитии острого постманипуляционного панкреатита было выполнено неотложное панкреатическое стентирование с достижением положительного клинического эффекта. В одном наблюдении профузное кровотечение из зоны БД было успешно остановлено в результате неотложного хирургического вмешательства.

Летальный исход был зарегистрирован в одном случае (0,5%) вследствие перфорации стенки ДПК в области БД зоны дозированной ЭПСТ.

Заключение

Баллонная дилатация области папиллосфинктеротомии в комбинации с внутривидеокапиллярной механической литотрипсией, позволяет существенно повысить эффективность эндоскопической терапии «сложного» ХЛ, которая в нашем наблюдении составила 96,3%. Частота осложнений данного технического подхода по нашим данным составляет 2,1%, а летальность — 0,5%, что практически не отличается от средних показателей эндоскопических транспапиллярных вмешательств по поводу холедохолитиаза в целом.

Баллонная дилатация области дозированной ЭПСТ — оптимальный метод для первичной попытки эндоскопического лечения «сложного» холедохолитиаза, который в случае неэффективности предоставляет возможность применения альтернативных эндоскопических и других малоинвазивных методик (механическая внутривидеокапиллярная, дистанционная экстракорпоральная, контактная лазерная или электрогидравлическая литотрипсия).

Список литературы

1. Manes G, et al Endoscopic management of common bile duct stones: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy*. 2019 May;51(5):472–491.
2. Kedia P, Tarnasky PR. Endoscopic Management of Complex Biliary Stone Disease. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2019 Apr;29(2):257–275.
3. Veld J.V., van Huijgevoort NCM#1, Boermeester M.A. et al. A systematic review of advanced endoscopy-assisted lithotripsy for retained biliary tract stones: laser, electrohydraulic or extracorporeal shock wave Endoscopy. 2018 Sep;50(9): 896–909
4. Meng W., Leung J.W., Zhang K. et al. Optimal dilation time for combined small endoscopic sphincterotomy and balloon dilation for common bile duct stones: a multicentre, single-blinded, randomised controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2019 Jun;4(6):425–434.

МУЛЬТИЦЕНТРОВАЯ ОЦЕНКА ПЕРВОГО ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ ЦИФРОВОЙ ПЕРОРАЛЬНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТИКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧНЫХ И ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ПРОТОКОВ

Будзинский С.А.¹, Быков М.И.², Габриэль С.А.³, Трусов И.А.⁴, Гладышев Д.В.⁴, Гучетль А.Я.³, Таран А.А.², Федоров Е.Д.¹, Шаповальянц С.Г.¹

¹ Городская клиническая больница № 31 Департамента здравоохранения, г. Москвы

² Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С.В. Очаповского, г. Краснодар

³ Краевая клиническая больница № 2, г. Краснодар

⁴ Городская больница 40, г. Сестрорецк



■ Будзинский С. А.



■ Быков М. И.



■ Габриэль С. А.



■ Трусов И. А.



■ Гладышев Д. В.



■ Гучетль А. Я.



■ Шаповальянц С. Г.



■ Федоров Е. Д.

Актуальность

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) была и остается общепринятым и наиболее широко применяемым методом как оценки патологических изменений желчных путей и протоковой системы поджелудочной железы (ПЖ), так и проведения многих лечебных вмешательств [1]. Однако в некоторых случаях даже ЭРХПГ может давать не до конца определённые и достоверные результаты или не предоставляет возможности выполнения лечебных процедур в полном объеме.

Эндоскопическая пероральная транспапиллярная холангиопанкреатикоскопия (ЭПТХПС) представляет собой эндоскопическое вмешательство, при котором производится осмотр желчных и панкреатических протоков посредством введения в них ультратонкого оптического прибора через большой сосочек двенадцатиперстной кишки (БСДК). Основными способами выполнения данного исследования являются применение «материнско-дочерней» («Mother-Baby»)

системы фирмы Olympus (Япония) [2], методика прямого проведения ультратонкого гастроскопа в желчные протоки без помощи дуоденоскопа [3] и использование одноразовой электронной системы, предназначенной для одного оператора типа SpyGlass фирмы Boston Scientific (США), предложенной к клиническому применению в 2007 году, претерпевшей в 2015 году существенную модернизацию [4].

Цель исследования

Оценить возможности, преимущества и побочные эффекты применения новой системы ЭПТХПС для одного оператора в диагностике и лечении заболеваний панкреатобилиарной зоны по результатам мультицентрового исследования.

Материалы и методы

Проведена оценка результатов выполнения ЭПТХПС на базе 4 клинических центров (ГКБ № 31 г. Москвы, ККБ

№ 1 им. профессора С.В. Очаповского, г. Краснодар, ККБ № 2, г. Краснодар и ГБ № 40 г. Санкт-Петербург) в период с декабря 2017 по февраль 2020 гг.

Всего за это время во всех клиниках было выполнено 5669 эндоскопических ретроградных вмешательств. При этом 143 (2.5%) из них пришлось на долю пероральных транспапиллярных внутрипротоковых исследований с применением системы SpyGlass DS (BSC), которые были выполнены у 135 пациентов. Женщин в данной группе было 92 (68.1%), а мужчин — 43 (31.9%). Возраст больных варьировался от 27 до 83 лет (ср. — 52.2 ± 11.3 лет).

Исследование желчных протоков было проведено в 112 (78.3%) наблюдениях. Основным показанием к выполнению визуального эндоскопического осмотра билиарного тракта служили стриктуры неясного генеза — в 66 (58.9%) случаях. При этом в 58 (87.9%) из них предполагался прицельный забор материала для морфологической верификации диагноза под визуальным контролем. У 6 (5.3%) больных пероральная холедохоскопия выполнялась в случаях наличия стриктур желчного дерева после ранее перенесенной холецистэктомии с целью удаления инородных тел (клипс и лигатур). В 26 (29.5%) наблюде-

ниях вмешательства проводились по поводу холедохолитиаза, а у 14 (7.3%) пациентов поводом к их выполнению послужила невозможность проведения струны выше билиарных стриктур под традиционной рентгенологической навигацией.

Выполнение пероральной панкреатикоскопии в нашем исследовании потребовалось в 31 (21.7%) случае. Показаниями к вмешательствам на протоковой системе ПЖ у 11 (35.5%) больных явился вирсунголитиаз, у 10 (32.3%) пациентов — невозможность проведения струны выше области окклюзии без визуального контроля, в 4 (12.9%) наблюдениях — необходимость морфологической верификации диагноза при подозрении на внутрипротоковую муцинпродуцирующую опухоль ПЖ (IPMN), также в 4 случаях (12.9%) — сложно дифференцируемые стриктуры главного панкреатического протока (ГПП), а еще по 1 (3.2%) наблюдению пришлось на долю пациентов с аденомой БСДК (проводилась оценка распространения опухолевого поражения на терминальный отдел панкреатического протока) и с наличием псевдокисты ПЖ (панкреатикоскопия выполнялось с целью поиска дефекта, связывающего ГПП с полостью псевдокисты). При этом забор материала



Рис. 1. Стриктура ГПП при выполнении эндоскопической пероральной панкреатикоскопии



Рис. 2. Внутрипротоковая биопсия из билиарной стриктуры под визуальным контролем



Рис. 3. Внутрипротоковая муцинпродуцирующая опухоль ГПП

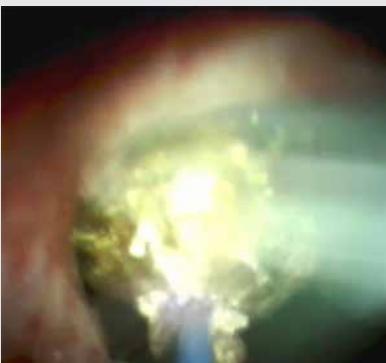


Рис. 4. Контактная внутрипротоковая лазерная литотрипсия при холедохолитиазе



Рис. 5. Проведение струны через сложную билиарную стриктуру под визуальным контролем



Рис. 6. Лигатура в просвете желчного протока после холецистэктомии, выявленная при эндоскопической пероральной холангиоскопии

для гистологического исследования предполагался у всех 9 (29%) больных с наличием различных вариантов окклюзионных поражений Вирсунгова протока.

Результаты

Общий технический успех вмешательств составил 95.8% (137/143). Изолированный эндоскопический осмотр билиарного тракта был проведен во всех предполагаемых 15 (100%) наблюдениях, а ГПП — в 1 (100%) случае (Рис. 1). Внутрипротоковая биопсия под визуальным контролем была успешно выполнена в 65 из 67 (97%) запланированных наблюдений: в 57 из 58 (98.3%) при холедохоскопии (Рис. 2) и в 8 из 9 (88.9%) при панкреатикоскопии (Рис. 3). Обе неудачи (3%) были связаны с наличием выраженной обструкции в терминальном отделе холедоха и ГПП, что не позволило произвести адекватное позиционирование аппарата и выполнить забор материала для последующего морфологического анализа.

Гистологическое подтверждение диагноза холангиокарциномы получено в 39 из 65 (60%) случаев, в остальных 26 (40%) случаях морфологическое исследование биоптатов продемонстрировало доброкачественный характер поражения. Чувствительность визуальной эндоскопической оценки стриктур протоковых систем печени и ПЖ в сравнении с данными, полученными при проведении гистологической верификации диагноза, составила 83.3%, а специфичность — 90.9%.

Различные лечебные вмешательства были успешно выполнены в 56 из 60 (93.3%) запланированных случаев. Так контактная внутрипротоковая литотрипсия конкрементов желчных протоков оказалась успешной в 19 (95%) из 20 наблюдений: лазерная — во всех 9 (100%) (Рис. 4), а электрогидравлическая — в 10 (90.1%) из 11 случаев. В то же время при вирсунголитиазе электрогидравлическая литотрипсия была эффективна у 7 (70%) из 10 пациентов. Проведение проводника под визуальным контролем с последующим стентированием оказалась технически осуществимой во всех 24 (100%) наблюдениях (в 14 на билиар-

ном тракте (Рис. 5) и в 10 — на панкреатических протоках). Удаление инородных тел (лигатуры и клипсы по 3 случая), сужающих желчные протоки после ранее выполненной холецистэктомии оказалось успешным у всех 6 (100%) больных (Рис. 6).

В нашем исследовании встретилось 4 (2.8%) осложнения — острый панкреатит (2), кровотечение (1) и холангит (1). При этом был отмечен 1 (0.7%) летальный исход, непосредственно не связанный с проведением ЭПТХПС. Через 3 суток после эндоскопического вмешательства смерть наступила на фоне прогрессирования панкреонекроза у пациента с острым билиарным панкреатитом и выраженной обструктивной желтухой, причиной которых явилась недифференцируемая стриктура холедоха и супрасфенотический холедохолитиаз.

Заключение

Основными показаниями для проведения эндоскопических пероральных внутрипротоковых вмешательств являются различные виды недифференцируемых и трудных для преодоления стриктур желчных и панкреатических протоков — 99 (69.2%) в нашем исследовании, «сложный» холедохолитиаз 26 (18.2%), вирсунголитиаз 10 (7%) и рубцовые послеоперационные стриктуры с наличием инородного стенозирующего компонента — 6 (4.2%).

Технология проведения диагностических и лечебных эндоскопических вмешательств на билиарном тракте и протоковой системе поджелудочной железы с применением новой системы для непрямого пероральной холангиоскопии для одного оператора является относительно несложной для специалиста, владеющего методикой традиционных транспапиллярных вмешательств.

Полученные нами результаты согласуются с данными мировой литературы и демонстрируют, что диагностические и лечебные внутрипротоковые вмешательства на желчных и панкреатических протоках обладают высокой эффективностью (95.8%) при невысокой частоте осложнений (2.6%).

Список литературы

1. Manes G., Paspatis G., Aabakken L., et al. Endoscopic management of common bile duct stones: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy*. 2019 May;51(5):472–491.
2. Nakajima M., Akasaka Y., Yamaguchi K., et al. Direct endoscopic visualization of the bile and pancreatic duct systems by peroralcholangiopancreatography (PCPS). *Gastrointest. Endosc.* 1978; 24(4): p. 141–145.
3. Komanduri S., Thosani N., Dayyeh B., et al. Cholangiopancreatography, status evaluation report. *Gastrointest. Endosc.* 2016; 84(2).
4. Adler D.G., Cox K., Milliken M., et al. A large multi-center analysis of adverse events associated with single operator cholangiopancreatography. *Minerva Gastroenterol. Dietol.* 2015; 61(4): p. 179–184.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Будзинский С. А.^{1,2}, Шаповальянц С. Г.^{1,2}, Федоров Е. Д.^{1,2}, Чернякевич П. Л.², Воробьева Е. А.³

¹ ФГАОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова МЗ РФ

² ГБУЗ «Городская клиническая больница № 31 ДЗ г. Москвы»

³ ФГБУ «НМИЦ хирургии имени А. В. Вишневского» МЗ РФ

г. Москва



■ Будзинский С. А.



■ Шаповальянц С. Г.



■ Федоров Е. Д.



■ Чернякевич П. Л.



■ Воробьева Е. А.

Актуальность

Эндоскопические ретроградные транспапиллярные вмешательства широко применяются в повседневной практике в диагностике и лечении различных заболеваний органов панкреатобилиарной зоны, при ряде из них являясь «золотым стандартом» [1]. При этом эндоскопическим транспапиллярным процедурам неизбежно сопутствуют определенные специфические осложнения, в ряде наблюдений приводящие к летальному исходу. К наиболее частым нежелательным последствиям относят кровотечение (1-10%), перфорацию двенадцатиперстной кишки (ДПК), перипапиллярной зоны или протоковых систем печени и поджелудочной железы (ПЖ) (0,1-0,6%) и острый постманипуляционный панкреатит (ОПМП) (1,6-15,7%) [2]. При этом летальность может достигать по данным литературы 0,3- 3,5% [3].

Цель

Оценить частоту и причину возникновения осложнений после транспапиллярных эндоскопических вмешательств, а также определить оптимальные способы их комплексного лечения.

Материалы и методы

С января 2008 по январь 2020 года в клинике госпитальной хирургии №2 РНИМУ им. Н.И. Пирогова на базе ГКБ №31 выполнено 6339 ретроградных эндоскопических вмешательств на желчных и панкреатических протоках. Общая частота возникших осложнений составила 1,5%, а летальность - 0,24%.

Кровотечение (Рис. 1) из зоны ЭПСТ развилось в 17 (0,27%) наблюдениях. Мужчин было 7 (38%), жен-

щин - 10 (62%). Возраст варьировался от 31 до 79 лет ($53,5 \pm 11,77$ года). При этом осложнение развилось интраоперационно в 2 (11,8%) наблюдениях, в первые сутки после вмешательства - в 4 (23,6%), в течение вторых - шестых суток - в 11 (64,7%) случаях. Клинико-лабораторная картина кровотечения легкой степени тяжести отмечена у 9 (52,9%) больных, средней степени - у 5 (29,4%), а тяжелой - у 3 (17,7%) пациентов.

Перфорации (Рис. 2), связанные с выполнением транспапиллярного вмешательства, произошли в 25 (0,39%) наблюдениях. В этой группе была 21 (84%) женщина и 4 (16%) мужчин в возрасте от 29 до 85 лет ($60,2 \pm 17,7$ года). При этом у 1 (4%) пациента травма стенки ДПК произошла во время проведения дуоденоскопа через грубо деформированный бульбодуоденальный переход на фоне опухоли головки ПЖ, у 22 (88%) больных ретродуоденальная перфорация возникла во время ЭПСТ, а у 2 (8%) пациентов - в результате манипуляции струной при канюляции холедоха.

В 22 (88%) наблюдениях перфорация была диагностирована во время или в ближайшие часы после вмешательства, а в 3 (12%) - позднее чем через 24 часа.

ОПМП развился в 53 (0,84%) случаях. Женщин было 45 (84,9%), мужчин - 8 (15,1%), возраст составлял от 28 до 84 лет ($57,3 \pm 13,1$ года).

Клиническая манифестация ОПМП была отмечена в течение 12 часов после первичных эндоскопических ретроградных вмешательств в 34 (64,2%) наблюдениях, через 12-24 часа - в 7 (13,1%) случаях, а более чем через 1 сутки - у 12 (22,7%) больных. При этом степень тяжести развившегося ОПМП была расценена как легкая в 13 (24,5%) наблюдениях, как средняя - в 29 (54,8%) случаях и как тяжелая - у 11 (20,6%) пациентов.

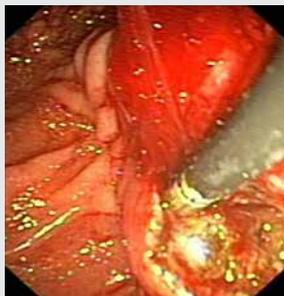


Рис. 1. Аррозивное продолжающееся кровотечение из области ЭПСТ



Рис. 2. Перфорационное отверстие после неканюляционной ЭПСТ

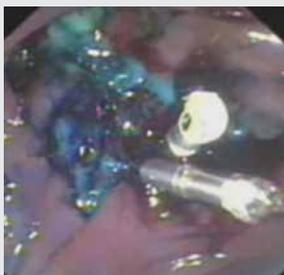


Рис. 3. Клипирование перфорации после папиллэктомии



Рис. 4. Эндоскопическое лечение РДП посредством установки частично покрытого СРС и дополнительного эндоклипирования

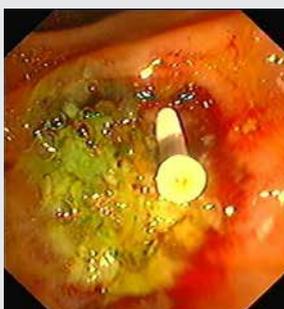


Рис. 5. Лечение ОПМП с помощью установки панкреатического стента

Результаты

При подозрении на кровотечение из зоны ЭПСТ у всех больных выполняли неотложную повторную дуоденоскопию, при которой в 9 (52,9%) наблюдениях было диагностировано продолжающееся кровотечение, в 8 (47,1%) - остановившееся. Во всех случаях был осуществлен эндоскопический комбинированный гемостаз, включавший в себя инъекционную инфильтрацию раствором адреналина и точечную элетрокоагуляцию сосуда в монополярном режиме, что позволило добиться хорошего результата в 15 (88,2%) наблюдениях при отсутствии рецидивов кровотечения. В 1 (5,9%) случае эндоскопический гемостаз был неэффективным, что потребовало выполнения хирургического вмешательства. Летальный исход наступил в 1 (5,9%) наблюдении на фоне массивного кровотечения из зоны ЭПСТ, выраженных сопутствующих заболеваний и тяжелой постгеморрагической анемии.

Своевременная интраоперационная диагностика перфорации позволила применить различные эндоскопические методы герметизации перфоративного отверстия в 17 (68%) из 25 случаев. При этом применялись следующие технические подходы: клипирование дефекта (4 (23,5%)) (Рис. 3), комбинация билиодуоденального дренирования пластиковым стентом и клипирования (2 (11,8%)), установка полностью покрытого билиарного саморасширяющегося стента (11(64,7%)) (Рис. 4), в том числе с проведением дополнительного клипирования (2(11,8%)). Попытка эндоскопического устранения перфорации после транспиллярных вмешательств была успешной в 16 (94,2%) из 17 наблюдений. Отмечен 1 (5,8%) летальный исход после неэффективного эндоскопического клипирования дефекта и билиодуоденального протезирования пластиковым стентом на фоне развития сепсиса и полиорганной недостаточности.

Еще в 3 (12%) случаях пациентам проводилась интенсивная консервативная терапия с хорошим результатом во всех наблюдениях. Пять (20,8%) больных были оперированы. Им было выполнено ушивание перфорации и различные варианты дренирующих операций. Летальность в этой группе составила 80% (4 из 5 больных).

Попытку неотложного эндоскопического панкреатического стентирования в случаях развития ОПМП предпринимали в 33 (62,3%) наблюдениях из 53. Вмешательство удалось выполнить у 30 (90,9%) больных (Рис. 5). В 27 (90%) наблюдениях это позволило достичь восстановления адекватного оттока панкреатического секрета и привело к выздоровлению пациентов. В 3 (10%) случаях, несмотря на успешно выполненное протезирование протоковой системы ПЖ и проведения интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения, отмечено прогрессирование клинической картины острого панкреатита с последующим летальным исходом. В свою очередь в группе из 23 больных, которым панкреатическое стентирование не проводилось, летальный исход наступил в 7 (30,4%) случаях.

Заключение

Ретроградные транспиллярные вмешательства имеют ряд серьезных, а иногда и фатальных, но типовых осложнений, в первую очередь, таких как острый постманипуляционный панкреатит, перфорация и кровотечение.

Эндоскопический комбинированный гемостаз (инъекция сосудосуживающих препаратов, диатермокоагуляция и эндоскопическое клипирование) в подавляющем большинстве наблюдений является надежным методом остановки кровотечения, развившегося после эндоскопических ретроградных вмешательств, эффективность которого по нашим данным составляет 94.1%.

При интраоперационной диагностике перфораций, возникших на фоне эндоскопических ретроградных операций, необходимо стремиться ликвидировать осложнение эндо-

скопическим способом (клипирование дефекта и билиарное стентирование полностью покрытыми билиарными саморасширяющимися эндопротезами), что, согласно полученным результатам, возможно в 94,2% наблюдений.

Эндоскопическое панкреатическое стентирование стало эффективным компонентом комплексного лечения ОПМП. Вмешательство выполняемое в минимальные сроки при развитии клинико-лабораторной картины этого осложнения технически выполнимо в 93,3% и обладает эффективностью в 90% наблюдений.

Список литературы

1. Afridi F., Rotundo L., Feurdean M., Ahlawat S. Trends in Post-Therapeutic Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography Gastrointestinal Hemorrhage, Perforation and Mortality from 2000 to 2012: A Nationwide Study. *Digestion*. 2018;1-9.
2. Cotton P.B., Eisen G.M., Aabakken L., et al. A lexicon for endoscopic adverse events: report of an ASGE workshop. *GastrointestEndosc*. 2010 Mar;71(3):446-454.
3. Dumonceau J.-M., Andriulli A., Deviere J., et al. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline: Prophylaxis of post-ERCP pancreatitis. *Endoscopy*. 2010; 42 (6):503-515.

БИЛИАРНАЯ ЭНДОСКОПИЯ И РАЗНОВИДНОСТИ ЛИТОТРИПСИИ БИЛИАРНЫХ КОНКРЕМЕНТОВ

Габриэль С. А., Дынько В. Ю., Гучетль А. Я., Мамишев А. К., Тлехурай Р. М.
ГБУЗ «Краевая Клиническая Больница № 2» МЗ Краснодарского Края (ГБУЗ «ККБ№ 2»)

г. Краснодар

Введение

На сегодняшний день холедохолитиаз является более чем актуальной патологией, с частотой встречаемости до 28%. Чреспапиллярные вмешательства являются золотым стандартом в лечении пациентов с холедохолитиазом. При этом небольшие конкременты и типичная анатомия общего желчного протока (ОЖП), как правило, не вызывают сложностей с проведением эндоскопической механической литоэкстракции (ЭМЛЭ). Частота эффективности данных вмешательств достигает 85–90% эффективности. Иначе обстоит дело с так называемым «сложным» холедохолитиазом.

Понятие «сложный» холедохолитиаз является собирательным термином и включает в себя не только крупные размеры конкремента (более 15 мм в диаметре), но и множественный или тотальный холедохолитиаз. Так же некоторые анатомические особенности панкреатобиларной зоны могут вызвать сложности при эндоскопическом лечении холедохолитиаза. Сюда относятся: суженная интрапанкреатическая часть ОЖП, атипичное расположение БС ДПК, наличие парапапиллярных дивертикулов, аденом БС ДПК или интрадивертикулярное расположение БС ДПК. При данных клинических состояниях эффективность выполнения эндоскопической санации ОЖП и проведения классической механической литоэкстракции бывает невозможной. Это требует применения дополнительных методов эндоскопического лечения холедохолитиаза. К таким методам относятся эндоскопическая механическая литотрипсия (ЭМЛТ), эндоскопическая контактная электрогидравлическая литотрипсия (ЭГЛТ) или эндоскопическая лазерная литотрипсия (ЛТ). Последние два метода (ЭГЛТ и ЛТ) используются в комбинации с холангиоскопией (ХС) и выполняются под визуальным контролем.

Цель исследования

Показать эффективность выполнения различных вариантов билиарной литотрипсии у пациентов с холедохолитиазом в сложных клинических ситуациях.

Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ пациентов, госпитализированных и пролеченных в ГБУЗ «ККБ№ 2» города Краснодара с января 2014 года по декабрь 2019 года с диагнозом холедохолитиаз, которым предпринималась попытка эндоскопического лечения. Общее количество пациентов составило 2879.

Результаты исследования

Общее количество пациентов с холедохолитиазом, которым мы предприняли попытку проведения ЭМЛЭ составило 2879. При этом эффективной она была у 2253 пациентов (78,3%). У 566 пациентов (19,6%) в связи с невозможностью выполнения механической литоэкстракции были предприняты различные виды литотрипсии (у 532 пациентов механическая литотрипсия, у 31 пациента электрогидравлическая литотрипсия и у 3 пациентов — лазерная литотрипсия). При этом данные виды литотрипсии не увенчались успехом у 15 (0,5%) (4 неудачи при ЭГЛТ и 11 неудач при ЭМЛТ).

Еще у 60 пациентов (2,1%) эндоскопическое лечение холедохолитиаза не представлялось возможным по различным причинам (недоступность БС ДПК, недоступность билиарного конкремента и др.). Следовательно, общее количество неудач составило 2,6% (75 пациентов). Литотрипсии были эффективны у 551 пациента (97,3%), неэффективны у 15 пациентов (2,7%).

Выводы

Различные виды литотрипсии конкрементов ОЖП применяются как вспомогательные методы при «сложном» холедохолитиазе и невозможности проведения механической литоэкстракции. Так, эффективность механической литоэкстракции без применения литотрипсии в структуре санации ОЖП у пациентов с холедохолитиазом составляет 78,3%. Но при проведении литотрипсии, как дополнительного метода санации ОЖП, общая эффективность вмешательства возрастает до 97,4%.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ РЕТРОГРАДНЫХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

Денисова А. Б., Жегалов П. С., Самойленко А. В., Мелкомуков В. А., Антипенко Н. Е., Гомбоев Б. Г., Попов П. Л., Мислимова А. М
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

г. Красноярск



■ Денисова А. Б.



■ Жегалов П. С.



■ Самойленко А. В.



■ Мелкомуков В. А.



■ Антипенко Н. Е.

Актуальность

На сегодняшний день ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) занимает важное место в ведении пациентов с механической желтухой различной этиологии. Осложнения эндоскопической ЭРХПГ встречаются нечасто, согласно данным литературы в 5–10% случаев, тем не менее, осложнения часто серьезны и представляют угрозу для жизни пациентов. К наиболее часто встречающимся осложнениям относится панкреатит без или с развитием панкреонекроза (3.5%-3.8%), кровотечение (0.9%-1.3%), холангит (1.0%-5.0%) перфорация двенадцатиперстной кишки (ДПК) (0.1%-1.1%), общая смертность при этом достигает 0.3%, а смертность при перфорации может достигать 16–18% [1–3]. Повреждения ДПК, согласно классификации, предложенной Stapfer и соавт., можно разделить на четыре типа: тип I — повреждение медиальной или латеральной стенки ДПК, тип II — периампиллярные повреждения ДПК, тип III — дистальные повреждения желчных протоков, чаще всего инструментами (корзина, проводник), тип IV — наличие воздуха ретроперитонеально, что обычно не требует хирургического лечения [4]. Ранняя диагностика осложнений, а также их раннее лечение помогают снизить смертность и развития тяжелых последствий, но, по-прежнему, сложно прогнозировать возможность развития осложнений. Нами были проанализированы результаты работы за период с 2010 по 2019 год с целью выявления наиболее частых осложнений в нашей практике, а также освещение наиболее редких случаев.

Материалы и методы

За указанный период нами было выполнено 1080 ЭРХПГ. В качестве профилактики панкреатита использовалась инфузия октреотида за 30 минут до операции

по принятому в клинике стандарту. Стентирование протока поджелудочной железы проводилось в случае множественных канюляций протока, контрастирования протока, а также после применения техники канюляции желчных протоков с использованием второго проводника [5]. Свечи диклофенак 100 мг ректально рутинно стали применяться только с 2019 года, поэтому полученные нами результаты не освещены в данном сообщении. С 2015 года в нашей клинике все ЭРХПГ проводятся под общей анестезией в положении пациента на спине. Показаниями для проведения ЭРХПГ явилось наличие у пациента механической желтухи и билиарной гипертензии различной этиологии, как диагностический метод ЭРХПГ в нашей клинике не используется.

Результаты

В ходе нашей работы мы столкнулись с 41 осложнением (3,8%). Наиболее частым осложнением явилось развитие панкреатита в 1,1% случаев (n=12). Кровотечение после папиллотомии развилось в 11 случаях (1,1%), из них у 81,8% пациентов эндоскопический гемостаз был эффективен, но в двух случаях пациенты были оперированы. ЭРХПГ осложнилось перфорацией в 8 случаях (0,7%), типы перфораций были II и III типов, кроме одного случая перфорации стенки луковицы ДПК. Все перфорации при выполнении папиллотомии были получены при стандартной технике и использовании лучкового папиллотома по проводнику. Пять пациентов были прооперированы либо сразу после манипуляции, когда удалось обнаружить повреждение ДПК или желчных протоков, либо через 2–3 суток после манипуляции, когда факт перфорации был установлен клинически. В трех случаях удалось справиться консервативным способом: перфорация была обнаружена в ходе проведения манипуляции после ПСТ, что позво-

лило провести мероприятия по закрытию дефекта. В двух случаях в просвет общего желчного протока (ОЖП) был установлен пластиковый эндопротез 10 Fr, а дефект, сформировавшийся после ПСТ по верхнему краю стента был закрыт металлическими клипсами. В одном случае была произведена установка металлического саморасправляющегося стента, что позволило укрыть параампулярный дефект. Всем пациентам был установлен дуоденальный зонд для питания, декомпрессии ДПК и проводилась антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия. Пациенты были выписаны на 7–10 сутки после эндоскопической операции.

В нашей практике нам встретилось два редких осложнения. В одном случае во время проведения ЭРХПГ произошла дислокация дуоденоскопа в желудок (манипуляция проводилась под местной анестезией), после чего был обнаружен дефект стенки луковицы ДПК, дно дефекта было представлено мягкими тканями, размер дефекта составил около 1,5 см. Подобных сообщений в литературе нами найдено не было, так как согласно классификации Starfer и соавт. повреждения ДПК в ходе проведения ЭРХПГ подразумевают повреждение медиальной или латеральной стенки кишки. Еще одним редким осложнением, которое произошло в нашей практике, явилось развитие под-

капсульной гематомы печени. У пациентки 64 лет с наличием послеоперационной рубцовой стриктуры холедоха выполнялось бужирование сужения, во время которого произошло повреждение желчных протоков на уровне сегментарного. На интраоперационной рентгеноскопии был выявлен затек контрастного вещества в проекции паренхимы печени размером 3*2 см, после окончания процедуры на выполненной МСКТ подкапсульная гематома была обнаружена справа размером 14,4*4,0*4,8 см. Пациентке проводилось консервативное лечение, после чего гематома организовалась и пациентка была выписана для дальнейшего амбулаторного лечения и наблюдения. Через два месяца после выписки на контрольной МСКТ размеры гематомы уменьшились до 7,7*2,6 см, жидкостного компонента не определяется (Рис. 1).

Рис. 1. Осложнения, возникшие во время проведения ЭРХПГ: а, б — ретроперитонеальная перфорация в парапапиллярной области с затеком контрастного вещества (а) и после эндоскопического закрытия дефекта (б); в-установленный в общий желчный проток саморасправляющийся металлический эндопротез, фиксированный клипсой; г — рентгенологическое изображение, полученное во время ЭРХПГ, где определяется затек контрастного вещества; д — МСКТ изображение, подкапсульная гемато-

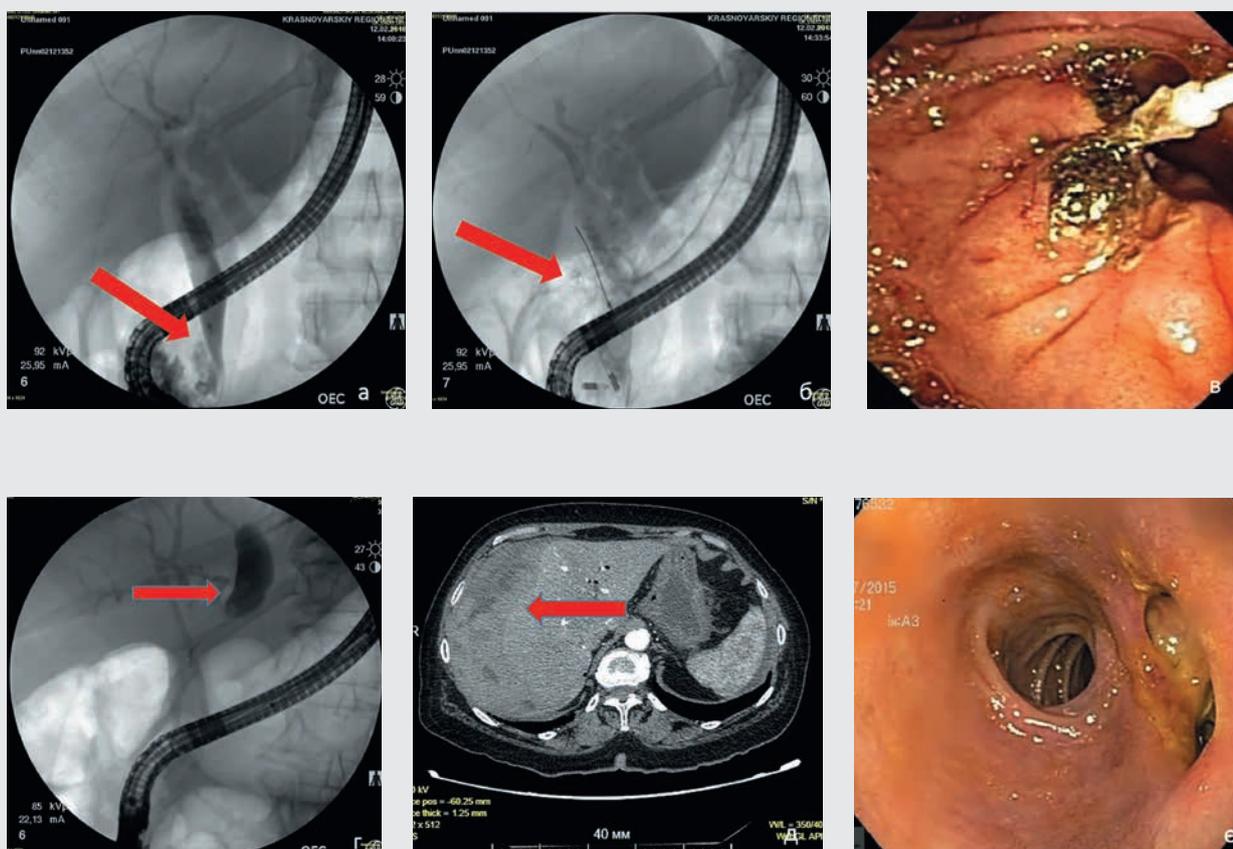


Рис. 1. Осложнения, возникшие во время проведения ЭРХПГ

ма печени обозначена стрелкой; е — разрыв стенки ДПК, возникший после дислокации эндоскопа.

Выводы

ЭРХПГ — манипуляция, которая сопровождается относительно небольшим количеством осложнений, тем не менее, осложнения представляют большую угрозу жизни и здоровью пациента. Даже при наличии значительного опыта в проведении данных манипуляций в клинике,

избежать их или предотвратить часто бывает сложно, поэтому слаженная работа команды эндоскопистов, хирургов, анестезиологов, врачей лучевой диагностики необходима, чтобы как можно раньше выявить и минимизировать негативные последствия возможных осложнений, в том числе и редко встречающихся. Команда эндоскопического отделения должна быть готова к возможному возникновению осложнений и владеть навыками, необходимыми для эндоскопического их лечения.

Литература

1. Yu DW, Hong MY, Hong SG. Endoscopic treatment of duodenal fistula after incomplete closure of ERCP-related duodenal perforation // *World J Gastrointest Endosc.* 2014.— 6(6).— P. 260–265.
2. S. Alfieri, F. Rosa, C. Cina, et al., Management of duodeno-pancreato-biliary perforations after ERCP: outcomes from an Italian tertiary referral center, *Surg. Endosc* // 2013.— 27.— P. 2005–2012.
3. M.E. Rabie, N.H. Mir, M.S. Al Skaini, et al.. Operative and non-operativemanagement of endoscopic retrograde cholangiopancreatography-associatedduodenal injuries // *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 2013.— 95.— P. 285–290.
4. M. Stapfer, R.R. Selby, S.C. Stain, et al.. Management of duodenal perforationafter endoscopic retrograde cholangiopancreatography and sphincterotomy // *Ann. Surg.* 2000.— 232.— P. 191–198.
5. Dumonceau J-M, Andriulli A, Elmunzer B, et al. Prophylaxis of post-ERCP pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline — updated June 2014 // *Endoscopy.* 2014.— 46.— P. 799–815.

ГИБРИДНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Жданов А. В.¹, Андросов А. Н.¹, Корымасов Е. А.², Лежнев М. А.¹

¹ ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-медицина»

² Кафедра хирургии ИПО СамГМУ

г. Самара



■ Жданов А. В.



■ Андросов А. Н.



■ Корымасов Е. А.



■ Лежнев М. А.

Актуальность

Опухоли панкреатобилиарной области являются одними из сложно диагностируемых заболеваний, их частота составляет 15% от всех опухолевых заболеваний ЖКТ. По данным статистики средний показатель выявления рака поджелудочной железы и холангиокарциномы на IV стадии в России приближается к 60%. С-м механической желтухи становится первым проявлением болезни в 85–90% случаев.

Эндоскопические методики купирования механической желтухи опухолевой этиологии являются эффективными и безопасными. Кроме того, благодаря эндоскопии удается добиться хорошего качества жизни неоперабельного больного. Совершенствование эндоскопического оборудования и техники выполнения операции позволило добиться практически 100% результативности транспиллярных вмешательств при механической желтухе опухолевой этиологии. Однако есть небольшой процент случаев, когда из-за плотного опухолевого инфильтрата не удается ретроградно стентировать желчные протоки. Альтернативным вмешательством в таких случаях являются антеградные транспеченочные вмешательства. Метод антеградного дренирования желчных протоков так же позволяет купировать билиарную гипертензию и справиться с синдромом механической желтухи, но снижает качество жизни неоперабельного больного, т. к. создаются условия для наружного желчеотведения.

Цель

Анализ собственного опыта применения сочетания транспиллярных и транспеченочных методов лечения синдрома механической желтухи опухолевой этиологии у неоперабельных пациентов.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов транспиллярных вмешательств по поводу механической желтухи опухолевого генеза n-278. Возраст пациентов от 32 до 96 лет. Уровень билирубина крови на момент вмешательства составлял от 40 мкмоль/л до 520 мкмоль/л. Среди оперативных вмешательств были выполнены: 23 (8,2%) операций по поводу опухоли БДС, 146 (52,5%) — по поводу опухолей поджелудочной железы, 66 (23,7%) — в связи с холангиокарциномой на уровне ретро- и супрадуоденальной части холедоха, 31 (11,1%) — по поводу холангиокарциномы на уровне общего печеночного протока и 12 (4,3%) операций по поводу холангиокарциномы на уровне конfluence с разобщением долевых протоков. Во всех случаях предпочтение отдавалось эндоскопическому стентированию желчных протоков в качестве способа билиарной декомпрессии. Успех эндоскопического стентирования желчных протоков был в 267 случаях (96%). У 11 пациентов выполнить канюляцию общего желчного протока не представлялось возможным в виду распространенность опухолевого процесса. Все наблюдаемые случаи неудач были у пациентов с опухолевым поражением головки поджелудочной железы, БДС и холангиокарциномы интрапанкреатической части холедоха. Во всех случаях не удалось провести струну проводника с мягким гидрофильным кончиком выше области стеноза. Наблюдалось сворачивание струны проводника в области опухолевого инфильтрата. В 3 случаях сформирован ложный ход проводника. В случае, когда ретроградно не удавалось произвести канюляцию общего желчного протока, производили антеградное заведение проводника. Для этого, производилась пункция доступного долевого протока пункционной иглой под контролем С-дуги и рентгеноскопии (Рис. 1). Поиск расширенного

долевого протока печени осуществлялся по характерному заполнению протоковой системы контрастным веществом. После успешной пункции долевого протока печени, производили низведение струны проводника 0.035 в просвет холедоха и далее в просвет ДПК (Рис. 2). Заведение проводника в просвет ДПК не вызывало затруднений ни у одного пациента, это связано с физиологическим опухолевым ходом в направлении БДС в виде конусовидного сужения. Операция производилась при одновременном эндоскопическом контроле. При дуоденоскопии контролировалось выведение проводника из просвета устья БДС или места его предполагаемого расположения, в случае вовлечения БДС в опухолевый процесс (Рис. 3). Далее струна проводник захватывалась полипэктомической петлей и выводилась через канал эндоскопа (Рис. 4). Следующим этапом по струне проводнику производилось заведение доставочного устройства билиарного стента и эндопротезирование желчного протока. Стентирование производилось пластиковым стентом 10fr у 7 пациентов, у 4 пациентов производилось стентирование холедоха металлическим стентом. Струна проводник удалялась через канал эндоскопа. Наружного дренирования при этом не производилось. Все пациенты наблюдались в хирургическом отделении. Производился всесторонний лабораторный и инструментальный контроль за состоянием больного. Осложнений, связанных применением транспиллярных вмешательств по методике «Рандеву» выявлено не было. Механическая желтуха была купирована во всех случаях.

Выводы

Применение антеградной холангиографии в качестве вспомогательного способа транспиллярного стентирования желчных протоков по методике «Рандеву» является эффективным и безопасным при лечении сложных случаев с-ма механической желтухи опухолевой этиологии. Использование двух этих методов позволяет добиться достойного качества жизни неоперабельного онкологического больного в период дожития. Возможность использования антеградной холангиографии в комплексе с транспиллярными вмешательствами в одной операционной существенно улучшает потенциал лечебного учреждения в борьбе с желтухой опухолевого генеза.



Рис. 1. Пункция долевого протока печени



Рис. 2. Проведение струны в ДПК



Рис. 3. Выведение проводника в просвет ДПК



Рис. 4. Захват проводника петлей

КАРБОКСИБИЛИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ ЙОДСОДЕРЖАЩИХ КОНТРАСТНЫХ ВЕЩЕСТВ: ПРОСТОЙ ВЫХОД ИЗ СЛОЖНОЙ СИТУАЦИИ

Жданов А. В.¹, Корымасов Е. А.², Навасардян Н. Н.¹, Лежнев М. А.¹

¹ ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-медицина» г. Самара»

² Кафедра хирургии ИПО СамГМУ

г. Самара



■ Жданов А. В.



■ Корымасов Е. А.



■ Навасардян Н. Н.



■ Лежнев М. А.

Актуальность проблемы

Сложно представить работу хирургического стационара без применения ретроградной холангиографии в лечении синдрома механической желтухи. Появление МР-холангиографии и эндосонографии позволяет полностью исключить транспапиллярные вмешательства из списка диагностических манипуляций. Совершенствование эндоскопов и медицинского инструментария, напротив, сделало ЭРХПГ ценным методом лечения синдрома механической желтухи независимо от ее этиологии. Но не смотря на совершенствование методики, все существуют ограничения ее применения на практике. К таким ограничениям относятся анатомические особенности пациента, перенесенные ранее хирургические операции, плотные опухолевые инфильтраты и стриктуры верхних отделов ЖКТ.

Однако указанные ограничения могут быть преодолены путем комбинированного применения эндоскопии совместно с хирургическими или антеградными методиками. Другими словами трудности с проведением ЭРХПГ преодолимы в командной работе, которая напрямую зависит от специалистов. Существует ограничение применения холангиографии, которое зависит напрямую от клинических данных пациента, повлиять на которое практически невозможно - это непереносимость йодсодержащих контрастных препаратов. Непереносимость пациентом препаратов данной группы, не позволяя выполнить безопасное контрастирование желчных протоков, а следовательно делает холангиографию невозможной.

Цель

Демонстрация возможности применения углекислого газа в качестве контрастного вещества для проведения

ретроградной холангиографии у пациентов с непереносимостью йодсодержащих рентгенконтрастных средств.

Материал и методы

За трех летний период мы наблюдали 6 пациентов с непереносимостью йодсодержащих препаратов в анамнезе, у которых развился синдром механической желтухи. У двух пациентов наблюдалась поливалентная аллергия. У всех больных, проявлялась непереносимость йода и йодсодержащих препаратов в прошлом. Аллергическая реакция, исходя из описания пациентов, была тяжелой вплоть до анафилактического шока. Указанные анамнестические данные не позволяли безопасно проводить контрастирование желчных протоков, более того сами пациенты не давали согласие на введение контраста. Тем не менее, у трех пациентов имелись признаки холедохолиаза, сопровождаемого механической желтухой. У двух пациентов имелись признаки опухолевого поражения головки поджелудочной железы. У одного больного, механическая желтуха обусловлена стриктурой устья большого соска двенадцатиперстной кишки (БСДПК). Во всех случаях наблюдалось расширение общего желчного протока по данным УЗИ более 1 см, что свидетельствовало о механическом характере желтухи.

В результате комплексного обследования были выставлены показания к эндоскопическому транспапиллярному вмешательству, как к наиболее безопасному виду оперативных вмешательств, при указанном типе патологии. Однако непереносимость йодсодержащих препаратов не позволяла выполнить безопасно контрастирование желчных протоков. В этой связи в качестве контраста использован углекислый газ. Т.К. газ отличается от окружающих тканей на рентгенограмме в виде затемнений, то его

использование позволяет выполнить искусственную карбоксибилию. Углекислый газ стерильный и не вызывает аллергической реакции. Введение газа в желчные протоки производится при помощи катетера для контрастирования желчного протока, к которому подключался инсуфлятор. Количество введенного газа контролировалось при помощи рентгеноскопии. Визуализация желчных протоков при помощи углекислого газа была удовлетворительной во всех случаях, и позволила поставить правильный диагноз, а так же провести необходимые оперативные вмешательства. Стоит отметить, что визуализация желчных протоков при помощи CO_2 была несколько

хуже, чем контрастирование желчных протоков контрастным веществом, но позволила определиться с причиной возникновения механической желтухи и уровнем блока желчного протока.

Примеры применения карбоксибилии представлены на рисунках 1,2.

Заключение

Использование углекислого газа при проведении контрастирования желчных протоков позволяет провести безопасно холангиографию у пациентов с непереносимостью йодсодержащих контрастных веществ.

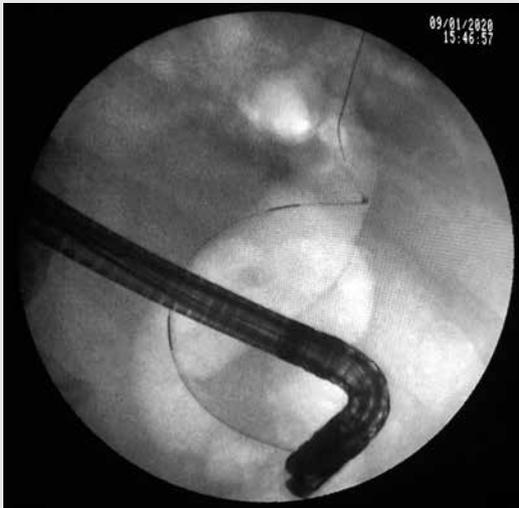


Рис. 1. Карбоксибилия. Стриктура интрамуральной части холедоха

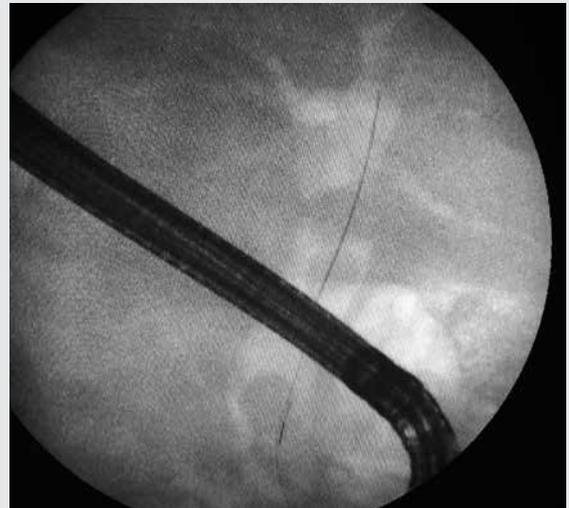


Рис. 2. Карбоксибилия. ЖКБ. Холедохолитиаз



Криохирургическая система для пульмонологии

Криобиопсия

- ☑ Эндобронхиальная и трансbronхиальная; высокое качество диагностики; объем материала в три раза больше, чем у щипцов

Криореканализация

- ☑ При экзофитных опухолевых стенозах с мгновенным эффектом; фронтальный или боковой доступ к области применения

Криодевитализация

- ☑ Для абляции, например, при прорастании опухолей в стенку

ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННЫЙ ПАНКРЕАТИТ: ОТ РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКИ К КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ

Жданов А. В.¹, Корымасов Е. А.²

¹ ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-медицина» г. Самара»

² Кафедра хирургии ИПО СамГМУ

г. Самара

Актуальность

В любом хирургическом вмешательстве, в том числе эндоскопическом, «заложены» осложнения, прогнозируемые с различной частотой. Кажущаяся неизбежность панкреатита после эндоскопических вмешательств на большом сосочке двенадцатиперстной кишки (так называемый постманипуляционный панкреатит) обусловлена сложившимися на протяжении десятилетий традиционными взглядами на анатомо-физиологические предпосылки и факторы патогенеза этого осложнения (взаиморасположение устьев общего желчного и главного панкреатического протоков (ГПП), «теория общего канала», гипертензионная теория).

Тем не менее, в настоящее время не уделяется достаточного внимания этой нозологической единице как в связи с небольшой его частотой (1-2%, по данным литературы), так и в связи с устоявшейся точкой зрения на единство патогенеза острого панкреатита вообще (сходство его с алиментарным, алкогольным и билиарным панкреатитом). Но как бы то ни было, в актуальных Национальных клинических рекомендациях нет упоминания о постманипуляционном панкреатите и способах его профилактики и лечения. Нельзя в полной мере считать в качестве «компенсации» ссылку на целесообразность стентирования дистального отдела общего желчного протока при остром билиарном панкреатите. При остром билиарном панкреатите сдавление устья ГПП возникает извне, и после литэкстракции проблем с оттоком панкреатического сока не возникает. При постманипуляционном панкреатите нарушение оттока панкреатического сока возникает за счет повреждения слизистой оболочки ГПП вследствие билиарного или дуоденального рефлюкса, отека или механической травмы.

Несогласованность действий поддерживается, с одной стороны, прогрессивными взглядами на стентирование ГПП для снижения внутрипротокового давления при развившемся постманипуляционном панкреатите (Dumonceau Jean-Marc et al. ERCP-related adverse events: ESGE Clinical Guideline Endoscopy, 2019), а с другой стороны, менталитетом хирургов, сопротивляющихся внутрипротоковым манипуляциям в условиях и без того возросшего внутрипротокового давления. И уж совсем «нелогичным» представляется хирургам стентирование главного панкреатического протока как способа профилактики постманипуляционного панкреатита, когда заболевания фактически



Жданов А. В.

еще нет (а может быть даже и не будет), но повышение внутрипротокового давления создается в результате эндоскопических манипуляций.

Поэтому только лишь накопление и обобщение коллективного опыта позволит преодолеть наши многолетние хирургические стереотипы.

В связи с этим мы предприняли клиническое исследование, целью которого было изучение возможности применения стентирования ГПП в качестве способа профилактики и лечения постманипуляционного панкреатита. Оно состояло из двух этапов – ретроспективного и проспективного.

Материал и методы

Ретроспективно (период с 2015-2016 гг.) мы изучили частоту постманипуляционного панкреатита, а также предрасполагающие к нему факторы у пациентов, которым эндоскопические транспапиллярные вмешательства выполняли при доброкачественной патологии внепеченочных желчных путей. Среди 211 пациентов постманипуляционный панкреатит возник у 19 пациентов (9%). Были выявлены следующие предикторы этого осложнения: женский пол, возраст 20-40 лет, острый панкреатит в анамнезе, нерасширенный желчный проток, проведение во время транспапиллярного вмешательства неканюляционной папиллосфинктеротомии, многократная непреднамеренная канюляция ГПП во время поиска устья холедоха). Ключевую роль при этом играла именно совокупность различных факторов. Тем более, что среди пациентов с гладким течением послеоперационного периода указанные факторы риска изолированно друг от друга были отмечены практически у всех больных, а острый панкреатит у них не развился.

В проспективной части исследования (с 2016 по 2020 гг.) стентирование было использовано в качестве способа профилактики постманипуляционного панкреатита. Среди 1490 человек этой группы было выявлено 72 пациента, имевших высокий риск развития острого панкреатита (т.е. три и более факторов риска). Выполнить стентирование ГПП удалось у 63 больных; технический успех составил 87,5%. Использовали панкреатический стент со множественным перфорацией длиной не более 5 см и диаметром не более 5fr (как стенты с фиксирующимся крылом на панкреатическом конце, так и без него).

Постманипуляционный панкреатит не возник ни у одного из тех, кому был поставлен стент. Среди 1418 пациентов, у которых не прогнозировали развитие постманипуляционного панкреатита, это осложнение наблюдалось у 12 больных (0,85%).

Таким образом, нами установлено снижение частоты постманипуляционного панкреатита в проспективной группе в целом (0,81%) по сравнению с ретроспективной группой (9%) (критерий «хи-квадрат» = 69,4, $p < 0,001$), что связано с профилактическим применением стентирования ГПП.

Попытка стентирования ГПП с лечебной целью была предпринята у 12 человек в проспективной группе. Опе-

рацию удалось выполнить в 9 случаях из 12 (технический успех составил 75%). У всех пациентов удалось купировать острый панкреатит, и открытое оперативное вмешательство не понадобилось.

Заключение

Проведенное исследование позволило сделать заключение.

Постманипуляционный панкреатит является особой этиологической формой острого панкреатита, требующей отдельного подхода к тактике лечения и профилактике.

Стентирование ГПП является эффективным и безопасным способом лечения и, что особенно важно, способом профилактики постманипуляционного панкреатита.

Особенности клиники и лечебной тактики должны найти отражение в виде дополнений в Национальные клинические рекомендации.

Требует обсуждения экстраполяция положительного клинического опыта стентирования ГПП в тактику и при других формах острого панкреатита, в пусковом механизме которых лежит нарушение оттока панкреатического сока вследствие воспалительного поражения слизистой оболочки ГПП.

ЖИДКОСТНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кашинцев А. А.^{1,2}, Коханенко Н. Ю.¹, Имянитов Е. Н.¹, Антипова М. В.^{1,3}, Русанов Д. С.^{1,3}, Медведев К. В.⁴, Соловьева Л. А.¹, Аксёнова Т. Е.⁴,
Александрова Ю. А.⁴, Пруцкий В. Ю.², Гранстрём О. К.², Анисимов С. В.²

¹ ФГБОУ ВО СПб Государственный педиатрический медицинский университет МЗ РФ

² ООО «Пандэкс»

³ СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

⁴ СПб Клиническая инфекционная больница имени С. П. Боткина

г. Санкт-Петербург

Введение

Панкреатический сок представляет собой высоко-специфическую среду, привлекательную для цитологического, молекулярно-генетического анализа при диагностике заболеваний поджелудочной железы. С другой стороны, за счет активной его аспирации мы можем осуществлять патогенетическое лечение острого панкреатита.

Нерешенной проблемой остаётся метод забора и лабораторной обработки этого биологического материала. Для этой цели был разработан и запатентован панкреатодигестивный зонд (Рис. 1), который позволяет создать вокруг большого дуоденального соска изолированную зону и активно аспирировать сок поджелудочной железы и желчь. Постановка зонда возможно осуществить только под контролем эндоскопии, как проведение, так и контроль правильного расположения.

Материалы и методы

В 2019 году на базе ГБУЗ Мариинской больницы и Клинической инфекционной больницы имени С. П. Боткина выполнена эндоскопически-ассистированная постановка панкреатодигестивного зонда 30 больным раком поджелудочной железы, осложнённом механической желтухой (Рис. 2). Среди них 10 пациентов в последующем перенесли радикальное хирургическое лечение и для молекулярно-генетического анализа были взяты панкреатический



Рис. 1



Кашинцев А. А.

сок, плазма и ткань опухоли поджелудочной железы, для определения с частоты мутации в G12 гена KRAS и сравнительной концентрации свободной ДНК в плазме и соке с помощью аллель-специфической реакции амплификации и Digital Droplet PCR.

Результаты и обсуждения

Постановка зонда осуществлялась врачами-эндоскопистами с анестезиологическим пособием, при этом среднее время составило 25–44 минуты с учетом эндоскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Для забора 400 мл секрета потребовалось порядка 6 часов. Осложнений после манипуляций не было. В результате проведенного пилотного исследования у пациентов с радикально выполненным лечением рака поджелудочной железы в 3 из 10 случаев был выявлен дефект гена KRAS во всех биологических материалах, при этом концентрация свободной ДНК в соке оказалась в 2 раза выше, чем в плазме больных. Выполненное исследование показало, что панкреатический сок можно собирать в любых количествах, при этом для этого не нужно использовать стимуляторы экзокринной функции (секретин), а значит мы получаем физиологический по составу биологический материал и несмотря на его ферментативную агрессивность, в нём находятся циркулирующие клетки, ДНК, РНК и экзосомы, при этом концентрация значительно выше чем в плазме, следовательно эта среда может быть использована при диагностике неоплазий.

Применение панкреатодигестивного зонда даёт преимущество в том, что метод малотравматичный, легко сочетается с другими эндоскопическими методиками и легко реализуем во врачебной практике, при этом выявление патологического компонента в полученном материале, позволяет улучшить диагностику новообразований под-



Рис. 2

желудочной железы, поскольку помимо подтверждения диагноза, можно одновременно осуществлять молекулярное типирование опухолей и выбирать персонализированную тактику лечения.

Литература

1. Campbell PJ, Yachida S, Mudie LJ, Stephens PJ, Pleasance ED, Stebbings LA, Morsberger LA, Latimer C, McLaren S, Lin ML, McBride DJ, Varela I, Nik-Zainal SA, et al. The patterns and dynamics of genomic instability in metastatic pancreatic cancer // *Nature*. 2010; 467:1109–1113.
2. Waddell N, Pajic M, Patch AM, Chang DK, Kassahn KS, Bailey P, Johns AL, Miller D, Nones K, Quek K, Quinn MC, Robertson AJ, Fadlullah MZ, et al. Whole genomes redefine the mutational landscape of pancreatic cancer // *Nature*. 2015; 518:495–501.
3. Tjensvoll K, Lapin M, Buhl T, Olstedal S, Steen-Ottosen Berry K, Gilje B, Soreide JA, Javle M, Nordgard O, Smaaland R. Clinical relevance of circulating KRAS mutated DNA in plasma from patients with advanced pancreatic cancer // *Mol Oncol*. 2016; 10:635–43.

АНАЛИЗ ПРИЧИН, ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Коржева И. Ю.^{1,2}; Нечипай А. М.²; Чернов М. В.¹; Грачёв А. А.¹; Балахольцев А. А.¹; Амиров М. З.²

¹ГБУЗ Городская клиническая больница им. С.П. Боткина

²ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования

г. Москва

Синдром механической желтухи на фоне окклюзии ТОХ и БДС, свидетельствующий о билиарной гипертензии, занимает первое место по частоте проявления у пациентов с заболеваниями органов билиопанкреатодуоденальной зоны. Ставшие к настоящему времени рутинными лучевые методы диагностики (УЗИ, КТ, МРТ) позволяют в оперативном порядке неинвазивно установить причину и характер билиарной обструкции. Однако, независимо от последних, основной задачей, подлежащей решению на этапе оказания экстренной медицинской помощи, является протоковая декомпрессия малоинвазивными способами: антеградным чрескожным и ретроградным транспапиллярным, причем второй рассматривается в качестве «золотого стандарта». Обусловленная разными причинами панкреатическая гипертензия также является основанием для применения транспапиллярных эндоскопических методик.

Эффективность и результативность эндоскопических ретроградных методик приближается к 95–98%, ежегодно отмечается снижение частоты и уменьшение тяжести развивающихся осложнений.

В период 2015–2017 г. г. в ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ выполнено 2030 эндоскопических транспапиллярных вмешательств, 64 (3,2%) из числа которых сопровождались осложнениями (по данным годового анализа: в 2015 г. после 587 вмешательств развились 17 (2,9%) осложнений, в 2016 г. на 671 вмешательство — 25 (3,7%) осложнений, в 2017 г. после 772 вмешательств — 11 (1,4%) осложнений). Указанные осложнения были представлены: кровотечениями (n=14 (0,68%)), ретродуоденальными перфорациями (n=11 (0,54%)), острым панкреатитом (n=37 (1,8%)), и иными (редкими) осложнениями (n=2 (0,1%)).

Наиболее частым осложнением был острый постманипуляционный панкреатит, который у разных пациентов проявлялся различной клинической манифестацией, в разной степени выраженными клинико-лабораторными отклонениями, различными данными аппаратно-инструментального обследования, прогнозом и исходами. Такие формы острого постманипуляционного панкреатита, как травматический, реактивный коагуляционный, канюляционный без травматизации панкреатического протока и реактивный на фоне нераспознанной микроперфорации, явились

прогностически наиболее благоприятными, так как не сопровождались развитием панкреатической гипертензии. В этой связи редко возникала необходимость в профилактическом стентировании ГПП. В то же время, панкреатиты вследствие постканюляционной окклюзии и в результате «канюляционной» травматизации протока, протекали наиболее тяжело, были прогностически непредсказуемыми, что потребовало выполнения стентирования ГПП и назоинтестинальной интубации в сочетании с другими компонентами патогенетического лечения. Летальность при тяжёлых панкреонекрозах, развившихся в результате постманипуляционного панкреатита, составила 5,4% (2 пациента).

Вторым по частоте осложнением ретроградного эндоскопического вмешательства явилось кровотечение из зоны ЭПСТ. Основными факторами, приведшими к кровотечению, явились: высокий уровень билирубинемии, использование исключительно режима «резание» во время ЭПСТ и коагулопатии, развивающиеся у ряда больных, находящихся на гемодиализе. Интраоперационные кровотечения отмечались у 9 (64%) больных, в раннем п/о периоде — у 5 (36%) пациентов. Для гемостаза при кровотечениях из краёв папиллотомного разреза нами использовались: компрессия источника инструментом (n=1); орошение зоны ЭПСТ холодным физраствором с адреналином (n=3); коагуляция сосуда (n=5); инфильтрация в подслизистый слой физраствора с адреналином (n=5); «баллонная» компрессия зоны ЭПСТ (n=1); клипирование сосуда (n=1). В ряде случаев (n=3) мы провели комбинированный эндоскопический гемостаз. Летальности при данном виде осложнения не отмечено.

Ещё одним грозным осложнением ЭПСТ явились ретродуоденальные перфорации (РДП) у 11 (0,5%) пациентов. Причинами РДП, на наш взгляд, явились: выполнение вмешательства у пациентов с пара- или перипапиллярными дивертикулами (n=4); нерасширенные желчные протоки (n=2); папиллостеноз (n=4); ретенноз в области ранее выполненной ЭПСТ (n=1). Техническими факторами, способствовавшими РДП, послужили «трудная» канюляция и надсекающая папиллотомия. Клинически РДП проявились подкожной эмфиземой и перитонеальными симптомами, диагностировались

интраоперационно при рентгеноскопии, после чего в срочном порядке — при КТ органов брюшной полости и грудной клетки. При доказанном в ходе выполнения вмешательства факте РДП в 8 случаях нами было выполнено билиодуоденальное стентирование саморасправляющимися металлическими стентами (с целью компрессионного «закрытия» перфорации), 3 больных были оперированы в отсроченном порядке в связи с развивающейся забрюшинной флегмоной. Летальность составила 18,2% (2 больных).

Среди редких осложнений — перфорация стенки ДПК (n=1) в ходе дуоденоскопии, (больная оперирована с благополучным исходом). Другое редкое осложнение — подкапсульная гематома правой доли печени (n=1), развившаяся в течение первых суток после ЭРХПГ. В этом наблюдении в связи с выраженным болевым синдромом и при отсутствии свидетельств постманипуляционного панкреатита, осложнение выявлено при КТ органов

брюшной полости: гематома была дренирована наружу под УЗИ-наведением, исход — выздоровление.

Таким образом, эндоскопические транспапиллярные вмешательства являются методом выбора в лечении больных с окклюзией ТОХ и БДС и механической желтухой, направленным на восстановление естественного желчеоттока и устранение билиарной и панкреатической гипертензии. Больным с длительным (более суток) анамнезом билиарного панкреатита (с лечебной целью) или с ятрогенной электротравмой устья панкреатического протока (с профилактической целью) необходимо одномоментно стентировать ГПП на 1–3 дня до констатации нормализации клинико-лабораторных показателей. Более широкое внедрение в клиническую практику ЭУС для уточняющей диагностики причин острой окклюзии терминальной части холедоха и БДС позволит оптимизировать алгоритм диагностики и лечения больных с механической желтухой и билиарным панкреатитом.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОКРЫТЫХ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ САМОРАСПРАВЛЯЮЩИХСЯ СТЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННЫМИ СТРИКТУРАМИ ХОЛАНГИОХОЛЕДОХОАНАСТОМОЗА

ПЕРВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Коржева И. Ю.^{1,2}, Чернов М. В.¹, Грачёв А. А.¹, Амиров М. З.²

¹ГБУЗ Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, Москва

²ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования

г. Москва

Введение

Стриктуры желчных протоков являются вторым по частоте осложнений после трансплантации печени. Их частота, по данным мировой литературы, составляет 5–15% при трансплантации от посмертного донора и 28–32% при трансплантации фрагмента печени от родственного донора. Рубцовые стриктуры анастомозов развиваются в течение 5–8 месяцев после трансплантации печени и разделяются на 2 типа: анастомотические (АС) и неанастомотические (НАС). Среди анастомотических стриктур чаще всего встречаются холангиохоledoхоанастомозные рубцовые стриктуры, в лечение которых применяют последовательные эндоскопические транспапиллярные вмешательства: ЭРХПГ + ЭПСТ + стентирование пластиковым стентом, который каждые три месяца в течение года заменяют на большего диаметра или параллельно устанавливают второй, затем все стенты удаляют окончательно.

Цель исследования

Оценить эффективность лечения больных с посттрансплантационными холангиохоledoхоанастомозными (ПХХА) рубцовыми стриктурами методом эндоскопической транспапиллярной установки покрытого металлического саморасправляющегося стента.

Материалы и методы

За период 2018–2019 гг. в эндоскопическом отделении ГКБ имени С.П. Боткина выполнены ретроградные вмешательства 6-ти больным с посттрансплантационными холангиохоledoхоанастомозными (ПХХА) рубцовыми стриктурами. Период от пересадки печени составил от 6 (4больных) до 8 (2пациента) месяцев.

Перед проведением лечебно-диагностических рентген-эндоскопических вмешательств проводили клиническое обследование больных, включавшее лабораторную (общеклинический и биохимический анализы крови, состояние свертывающей системы крови) и неинвазивную аппаратно-инструментальную диагностику (трансабдоминальное УЗИ и КТ, МРХПГ, обзорную рентгенографию ОГК и брюшной полости).

У всех 6-ти пациентов при инструментальных лучевых методах исследования был подтвержден рубцовый стеноз зоны холангиохоledoхоанастомоза.

Объем выполненных транспапиллярных вмешательств включал в себя:

1) ЭРХПГ + ЭПСТ (в зависимости от интраоперационной ситуации выполнялась канюляционная (К-ЭПСТ) или неканюляционная (НК-ЭПСТ) папиллосфинктеротомия либо сочетание этих двух методик);

2) реканализация рубцовой стриктуры зоны анастомоза методом установки в холедох покрытого СМРС.

Результаты и их обсуждение

Всем больным после канюляции холедоха и ЭРХГ, выполняли ЭПСТ, после чего под рентгеноэндоскопическим контролем по просвету холедоха в зону рубцовой стриктуры ПХХА устанавливался полностью покрытый металлический саморасправляющийся стент (СМРС) X-Suit NIR (Olympus), который имеет ячеистую структуру NIRflex с перемежающимися узкими и широкими ячейками, дающие оптимальное радиальное усилие на стенку холедоха. Двойное покрытие металлических ячеек: внутреннее — силиконовое, предотвращающее билиарный сладж, внешнее — полиуретановое, препятствующее росту грануляционной ткани. Двустороннее расширение на концах стента предотвращает его миграцию, для лучшего позиционирования при его установке стент имеет 5 (пять) рентгеноконтрастных меток, хорошо видимых при рентгеноскопии.

В сложных ситуациях, при выраженном рубцовом стенозе и невозможности провести доставочное устройство со стентом за зону ПХХА (1пациент) сначала выполнили транспапиллярное эндоскопическое бужирование билиарным бужом 7Fr, после чего стентировали холедох.

У всех пациентов с ПХХА дистальнее верхнего края стеноза был установлен СМРС, фиксация и позиционирование которого на холангиограммах была удовлетворительными. После нормализации лабораторных показателей на 3–4сутки больные были выписаны по месту жительства.

В отсутствие экстренных показаний каждый из пациентов поступил на плановую госпитализацию через 3 месяца для удаления СМРС. Из 6 пациентов у 4-х (67%) при ЭРХГ на холангиограммах нарушений оттока желчи не отмечено, стенты беспрепятственно удалены. У 2-х (33,3%) пациентов отмечен рост грануляций у проксимального и дистального краев СМРС, что потребовало 2 последовательных транспапиллярных вмешательства с целью удаления грануляций, после чего стенты были благополучно извлечены. 1 (17%) пациент в течение 1,5 месяцев находился на плановом эндоскопическом лечении с целью иссечения грануляций, после чего «протезный кондуит» был извлечен из холедоха.

До настоящего времени среди наблюдаемых пациентов рестенозов ПХХА не отмечено.

Выводы

Первый клинический опыт применения покрытых металлических саморасправляющихся стентов в лечении больных с рубцовыми посттрансплантационными стриктурами холангиохоledoхоанастомоза (ПХХА) свидетельствует о возможностях их использования в хирургической практике с целью сокращения сроков и кратности госпитализации данной категории пациентов. Отсутствие длительности наблюдений требует дальнейшего приобретения опыта для выводов и принятия клинических рекомендаций.

МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНЫХ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ И ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ, СВЯЗАННЫХ С ПРОТОКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Королев М.П., Аванесян Р.Г., Федотов Л.Е., Михайлова Е.А., Турянчик М.М.
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический медицинский университет» МЗ РФ

📍 г. Санкт-Петербург

Введение

Современная тенденция в хирургии направлена на минимизацию агрессии при выполнении того или иного оперативного вмешательства. При осложненном течении постнекротических кист поджелудочной железы, полость которых связана с панкреатическим протоком, дренирующие операции, как традиционные, так и миниинвазивные, могут привести к формированию постоянного наружного панкреатического свища. Традиционные операции, направленные на формирования цистдигестивных или панкреатикодигестивных анастомозов отличаются травматичностью, высоким процентом послеоперационных осложнений, неминуемым нарушением анатомических соотношений органов, окружающих поджелудочную железу, что нарушает физиологическое функционирование пищеварительной системы. Поиск новых методов разобщения связи полости постнекротической кисты и панкреатических протоков приоритетное направление развитие хирургии, которое невозможно без научно-технического прогресса в медицине и в парамедицинских отраслях.

Цель

Показать возможности мининвазивных методов оперативного вмешательства под комбинированным визуальным контролем при лечении наружных панкреатических свищей и постнекротических кист поджелудочной железы, полость которых связана с протоковой системой.

Материал и методы

С 2006 по 2019 гг в клинике Общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ мининвазивные оперативные вмешательства по поводу псевдокист выполнены у 289 больных, из них у 48 больных полость кисты связана была с протоком поджелудочной железы. В 5 случаях мининвазивные комбинированные операции выполнены при наружных панкреатических свищах. Большинство больных были мужчины — 34. Возраст больных — от 29 до 76 лет.

Основным методом диагностики кист поджелудочной железы являлось УЗИ. Исследование в В-режиме дополнялось доплерографией для определения взаимосвязи полости кисты с сосудами. КТ и МРТ было выполнено

в 37 случаях. Полость кисты контрастировалась только по строгим показаниям, а именно: для определения возможной связи с полыми органами или с протоковой системой при длительно существующем наружном панкреатическом свище.

Результаты и их обсуждение

Для выполнения внутреннего дренирования полости кисты, связанной с главным панкреатическим протоком выполняем следующие мининвазивные комбинированные операции:

1. Ретроградное эндоскопическое транспапиллярное дренирование полости кисты;
2. Антеградное наружно-внутреннее дренирование главного панкреатического протока через полость кисты;
3. Антеградное наружно-внутреннее дренирование или стентирование главного панкреатического протока с целью декомпрессии при панкреатической гипертензии;
4. Чрескожное формирование цистгастроанастомоза или панкреатикогastroанастомоза.

Ретроградное транспапиллярное дренирование полости кисты выполняли в 3 случаях. У всех больных данной группы манипуляцию выполняли с диагностической целью, однако, проводник, проведенный ретроградно через БСДПК, реканализировал стриктуру терминального отдела протока поджелудочной железы и проник в полость кисты. По проводнику устанавливали пластиковый стент диаметром от 7 до 8,5 F, тем самым обеспечивая внутреннее дренирование полости кисты через БСДПК.

В 5 случаях выполняли наружно-внутреннее дренирование протока поджелудочной железы через полость кисты. Операции выполнены в 2 этапа: 1 этапом выполняли дренирование полости кисты чрескожным доступом, 2 этапом — реканализация связи полости кисты с протоком поджелудочной железы с дальнейшей реканализацией протока в проксимальном направлении и установкой наружно-внутреннего дренажа между остаточной полостью кисты, проксимального отдела протока поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишкой.

В 37 случаях выполняли наружно-внутреннее дренирование протока поджелудочной железы с целью деком-

прессии протока. Метод применяли при множественных полостях кист в парапанкреатическом пространстве. При необходимости выполняли дренирование наиболее крупных полостей кист отдельными дренажами. При восстановлении проходимости протока в проксимальном направлении и купировании гипертензии, полости кист сокращались. Рецидива не наблюдали.

При невозможности реканализации протока поджелудочной железы в проксимальном направлении, формировали цистогарстроанастомоз на дренаже по разработанной в клинике методике.

При наружных панкреатических свищах использовали следующие миниинвазивные комбинированные операции:

1. наружно-внутреннее дренирование протока поджелудочной железы через просвет свища;
2. наружно-внутреннее дренирование протока поджелудочной железы отдельным доступом, при этом, дренаж устанавливали доступом дистальнее поврежденного

участка протока. После восстановления проходимости протока поджелудочной железы в области повреждения, устанавливали каркасный наружно-внутренний дренаж сроком до 24 месяцев.

Летальности и конверсии доступа не было.

Выводы

1. Комбинированные миниинвазивные вмешательства под визуальным контролем, выполняемые в специализированных операционных, являются альтернативой обходных цистодигестивных или панкреатикодигестивных анастомозов, т. к. позволяют выполнить внутреннее дренирование постнекротических кист поджелудочной железы, связанных с главным панкреатическим протоком;
2. При длительно существующем панкреатическом свище показано миниинвазивное восстановление поврежденного протока с применением каркасных стентов или дренажей.

ДВУХЭТАПНАЯ ТАКТИКА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА, КАК ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАНСПАПИЛЛЯРНОГО БИЛИАРНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Котовский А. Е.¹, Глебов К. Г.², Магомедова Б. М.³, Махмудова А. К.², Калмыкова Е. А.²

¹ Первый МГМУ имени И. М. Сеченова

² 15 ГКБ имени О. М. Филатова

³ ГКБ им. В. П. Демихова

г. Москва



Котовский А. Е.



Глебов К. Г.



Магомедова Б. М.



Махмудова А. К.



Калмыкова Е. А.

С 2003 по 2019 годы мы наблюдали 636 больных со злокачественными неоперабельными опухолевыми поражениями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ), осложненных механической желтухой (МЖ): из них рак поджелудочной железы — 38,5%, рак гепатикохоледоха — 27,2%, опухоль Клацкина — 14,6%, рак БСДК — 10,7%, метастатическое поражение ворот печени — 9%.

Всем больным, которым было выполнено стентирование ЖП мы стремились выбрать оптимальную тактику лечения. Всегда осуществляли диагностические и лечебные вмешательства, направленные на восстановление желчеоттока, в первые сутки и одновременно, так как разделение диагностического этапа от этапа восстановления желчеоттока во времени у больных МЖ создает большую угрозу для возникновения или обострения гнойного холангита.

У 25% больных стенты устанавливались сразу после доступа к ЖП, а в остальных случаях (75%) мы использовали двухэтапную тактику (I этап — назобилиарное дренирование (НБД); II этап — стентирование ЖП).

При выборе тактики эндоскопического лечения мы ориентировались на исходный уровень билирубина сыворотки крови и на необходимый в конкретной клинической ситуации темп билиарной декомпрессии, которые и определяли последующий алгоритм вмешательства.

Одноэтапная тактика ретроградного эндоскопического вмешательства по установке стента в ЖП при МЖ была использована у 159 больных. Это были больные с уровнем билирубина крови 50–220 мкмоль/л без признаков холангита и печеночно-почечной недостаточности. У 477 пациентов использовано двухэтапное эндоскопическое лечение.

С целью определения эффективности билиарного эндопротезирования нами проанализированы данные биохимических показателей сыворотки крови 160 пациентов до и после дренирования ЖП. Больные были разделены на две группы: I группа (n = 75) — с одноэтапным вариантом декомпрессии, II группа (n = 85) — с восстановлением желчеоттока в два этапа.

После одноэтапного эндоскопического вмешательства по установке стента в ЖП статистически значимое снижение общего билирубина за счет непрямой фракции и трансаминаз отмечено в первые трое суток декомпрессии ЖП. Прямой билирубин и ферменты холестаза достоверно снижались на шестые сутки после стентирования. Относительно первых суток декомпрессии общий и непрямой билирубин крови снижались на шестые сутки, прямой билирубин и трансаминазы — к девятым. Темп декомпрессии за весь период наблюдения характеризовался как быстрый.

Изучая группу больных МЖ с высокими цифрами билирубина (более 140 мкмоль/л), мы пришли к выводу, что наилучших результатов эндоскопического лечения по восстановлению желчеоттока можно добиться только при двухэтапном выполнении лечебных мероприятий. На первом этапе восстановления желчеоттока выполнялось НБД, целью которого была санация ЖП, ликвидация явлений острого холангита, печеночной недостаточности, интоксикации и улучшение общего состояния больного.

Исходный уровень билирубина крови во второй исследуемой группе был выше 200 мкмоль/л у 50 больных, 170–200 мкмоль/л — у 35. При этом отмечено, что ответ

желтухи на декомпрессию (темп декомпрессии) у больных с исходным билирубином до 200 мкмоль/л был средним, а у больных с билирубином выше 200 мкмоль/л — медленным. В среднем к 10–12 суткам после НБД общий билирубин упал в два раза в обеих группах. При анализе биохимических показателей при НБД было выявлено, что достоверное снижение уровня общего билирубина относительно исходных показателей происходило на 4–6 сутки декомпрессии, прямого — на 7–9 сутки. Несмотря на более медленное снижение билирубина сыворотки крови и показателей холестаза в течение первой недели после билиарной декомпрессии мы не отметили развития печеночной недостаточности ни у одного больного.

В группе больных (n = 75), которым имплантация стента в ЖП выполнена на высоте желтухи отмечено возникновение ПДКС (постдекомпрессионного синдрома) у 14 (18,7%) больных. У всех них была длительно существующая желтуха с цифрами общего билирубина сыворотки крови более 140 мкмоль/л. Поэтому этим больным, с целью предотвращения развития ПДКС необходима дозированная декомпрессия ЖП.

В среднем НБД проводили в течение 5–12 суток от момента установления дренажа, что дало возможность санировать ЖП и в случае отказа от радикальной хирургической операции индивидуально подобрать тип, конструкцию и конфигурацию билиарного стента.

Исходя из полученных результатов клинического анализа, мы рекомендуем одноэтапно устанавливать билиарный протез только больным в относительно удовлетворительном состоянии без клинических явлений гнойного холангита при желтухе с цифрами исходного билирубина не выше 140 мкмоль/л. У больных с длительно существующей желтухой и высокими цифрами билирубина крови (более 140 мкмоль/л) следует использовать исключительно двухэтапную тактику: вначале НБД, затем стентирование ЖП. Нами установлено, что НБД (медленный темп декомпрессии) является профилактикой прогрессирования печеночной недостаточности, холангита, что способствует уменьшению послеоперационных осложнений и летальности, в отличие от технологии «быстрого темпа» декомпрессии ЖП.

Исходя из выше изложенного мы предлагаем следующий алгоритм эндоскопического лечения больных механической желтухой опухолевого генеза. (Рис. 1)

Мы считаем, что четко придерживаясь обозначенных клинико-диагностических критериев (тяжесть основного заболевания, длительность желтухи, исходный уровень билирубина сыворотки крови, необходимый темп декомпрессии ЖП) в выборе тактики эндоскопического лечения (одно- или двухэтапная) можно повысить эффективность вмешательства за счет снижения количества возможных осложнений ПДКС и летальности.

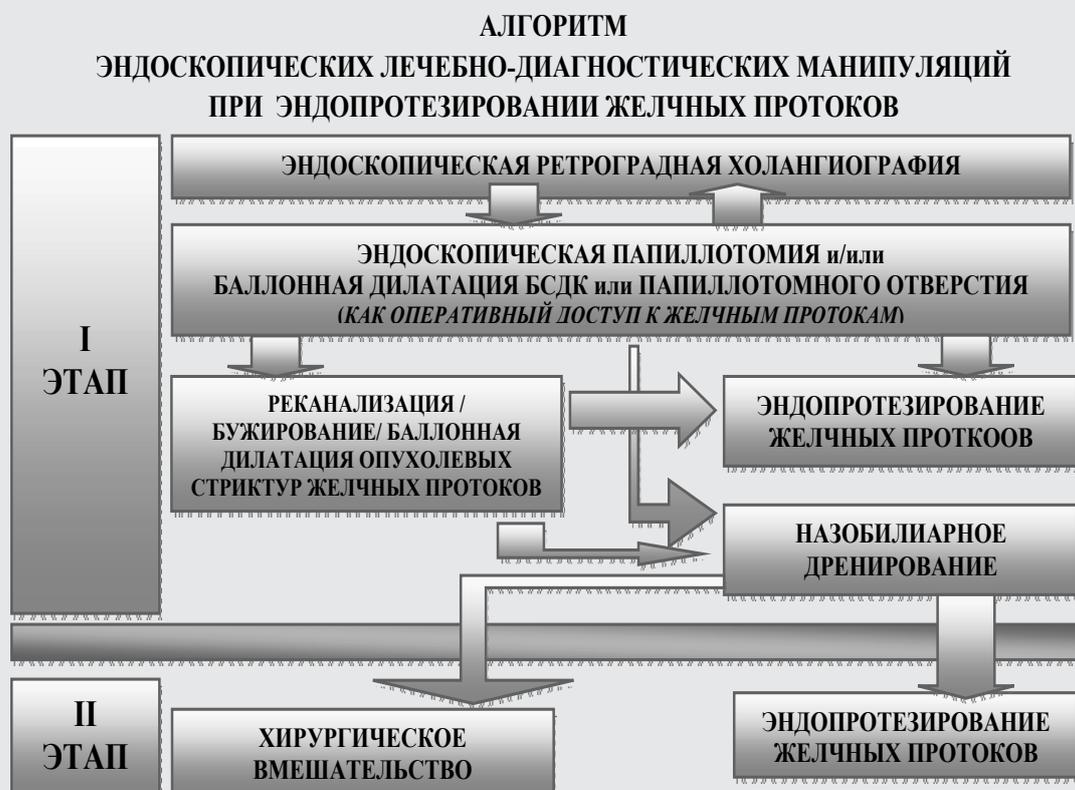


Рис. 1. Алгоритм ретроградных лечебно-диагностических манипуляций при эндопротезировании желчных протоков

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКЦИОННЫХ БАЛЛОННЫХ КАТЕТЕРОВ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ БИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ

Котовский А. Е.¹, Магомедова Б. М.³, Глебов К. Г.², Мартынцов А. А.³, Махмудова А. К.², Першин В. В.², Милюшкова Т. М.²

¹ Первый МГМУ имени И. М. Сеченова

² 15 ГКБ имени О. М. Филатова

³ ГКБ им. В. П. Демихова

г. Москва



■ Котовский А. Е.



■ Глебов К. Г.



■ Магомедова Б. М.



■ Махмудова А. К.



■ Мартынцов А. А.



■ Першин В. В.



■ Милюшкова Т. М.

В последние годы в эндоскопической билиарной хирургии стали активно использоваться экстракционные баллонные катетеры типа Фогарти. Однако в литературе отсутствуют показания к их применению, не систематизированы и не стандартизированы технологии их использования.

Основываясь на 15-летнем клиническом опыте применения экстракционных баллонных катетеров более чем у 400 больных, мы определили показания к их использованию. Всем больным предварительно была произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с целью доступа к желчным протокам (ЖП).

В зависимости от целей вмешательства на ЖП и реальной клинической ситуации в ходе его выполнения, показания к применению экстракционного баллонного катетера в нашем исследовании мы разделили на 3 основные группы. (Табл. 1)

К **первой группе** мы отнесли пациентов, которым проводились лечебные эндоскопические вмешательства на ЖП с помощью экстракционного баллонного катетера.

В эту группу больных были включены пациенты с холедохолитиазом при диаметре камней до 8–10 мм, а также при расположении конкрементов во внутривнутрипеченочных ЖП. Баллонные катетеры являются незаменимым эндоскопическим инструментом для извлечения несформировавшихся камней, замаскообразных масс и сладжа ЖП.

Большое значение приобретают экстракционные баллонные катетеры в лечении больных с фибринозно-гнойным холангитом. Конструктивные особенности баллона-экстрактора позволяют выполнять с помощью него «активную» санацию ЖП. Техника манипуляции заключается в том, что баллонный катетер заводится в правый или левый долевыми протоки. Раздутый баллон-экстрактор, плотно соприкасающийся со стенкой протока, при низведении его в дистальном направлении удаляет внутрипросветное содержимое протока, при этом за баллоном создается небольшое отрицательное давление, благодаря чему желчь, фибрин, гной начинают активно поступать из внутривнутрипеченочных во внепеченочные ЖП («эффект поршня»), чем и обусловлен лечебный эффект. Доказа-

Табл. 1. Показания к использованию экстракционного баллонного катетера

Показания	
I. Лечебные эндоскопические манипуляции на ЖП	
1.	Удаление камней из вне- и внутривнутрипеченочных ЖП
2.	Удаление мягких «замаскообразных» масс и сладжа из ЖП
3.	Санация вне- и внутривнутрипеченочных желчных протоков при фибринозно-гнойном холангите
4.	Извлечение инородных тел из ЖП
5.	Для санации металлических самораскрывающихся билиарных эндопротезов
II. Диагностические эндоскопические манипуляции на ЖП	
1.	Для объективной оценки диаметра папиллотомного отверстия или холедоходуоденального анастомоза (ХДА).
2.	Ревизия ЖП при спорных или сомнительных результатах холангиографии
3.	Использование экстракционного баллонного катетера, как обтуратора для полноценного контрастирования ЖП при билиодигестивных анастомозах, недостаточности папиллотомного отверстия, холедоходуоденальных свищах.
III. Эндоскопические манипуляции на ЖП для оптимизации технических условий выполнения лечебных и диагностических задач	
1.	Перемещение камней в ЖП для создания условий их захвата корзинкой Дормиа
2.	Разделение конгломерата из конкрементов ЖП для создания технических условий из экстракции
3.	Для прецизионной техники установки металлического проводника в ЖП
4.	Для проведения пероральной холангиоскопии

тельства адекватной санации внутривнутрипеченочных ЖП можно наблюдать на экране рентгенмонитора. Низведение раздутого экстракционного катетера у больных с фибринозно-гнойным холангитом мы рекомендуем проводить последовательно 3–4 раза, что обеспечивает полноценную санацию ЖП.

В нашей клинической практике встречались случаи интрахоледохиальной миграции пластиковых стентов через некоторое время после их установки в желчный проток. В таких ситуациях использование экстракционного баллонного катетера может значительно облегчить извлечение билиарного эндопротеза из протока.

Кроме того, экстракционные баллонные катетеры являются незаменимыми инструментами для санации металлических самораскрывающихся билиарных стентов.

Вторую группу составили пациенты, у которых экстракционный баллонный катетер использовался с диагности-

ческой целью в ходе ретроградных эндоскопических вмешательств на ЖП и БСДК.

Известно, что при широких холедоходуоденоанастомозах и недостаточности папиллотомного отверстия невозможно получить качественную ретроградную холагнгиограмму, т. к. при введении контрастного вещества в ЖП происходит его мгновенный сброс в двенадцатипестную кишку (ДПК). В этих ситуациях экстракционный баллонный катетер является обтуратором ЖП на время выполнения холангиографии.

Кроме того, существует возможность использования баллона-экстрактора для объективной оценки диаметров папиллотомного отверстия или ХДА. Зная максимальный диаметр баллона или «этапные» размеры при версия Multi-Stage (9 мм, 13 мм и 16 мм в зависимости от объема нагнетаемого в полость баллона воздуха с помощью откалиброванных шприцов для придания точного размера) можно в реальных условиях ретроградного вмешательства сопоставить размеры баллона и диаметра папиллотомного отверстия и таким образом сделать выводы об адекватности функционирования искусственно сформированных соустьев и принять необходимое решение.

В третью группу вошли больные, у которых баллон-экстрактор применялся для оптимизации технических условий выполнения лечебно-диагностических задач.

В клинической практике нередки случаи, когда локализация конкремента в просвете желчного протока не позволяет «захватить» его корзинкой Дормиа, т. к. он располагается в месте, где невозможно манипулировать корзинкой Дормиа. Поэтому существует необходимость в перемещении камня в более широкую и «комфортную» для захвата камня часть протока.

При множественном холедохолитиазе, когда камни плотно соприкасаясь друг с другом, образуют объемный конгломерат, который требует разделения, т. к. если его захватить корзинкой Дормиа и попытаться извлечь в ДПК может привести к вклинению в папиллотомном отверстии за счет несоответствия диаметра камней и папиллотомного отверстия.

Иногда возникает необходимость точного проведения металлического проводника-направителя во вне — и внутривнутрипеченочных ЖП с целью доставки по нему эндоскопических инструментов в конкретный участок «билиарного древа». Это может быть достигнуто путем изменения конфигурации раздутого баллона, за счет увеличения или уменьшения его диаметра, при этом меняется угол направления дистальной части катетера, что и обеспечивает прецизионную технику манипуляции.

Еще одна возможность использования экстракционного баллонного катетера заключается в способности его фиксации в ЖП за счет раздутого баллона, что создает условия, облегчающие доставку эндоскопа с торцевой оптикой в ЖП и выполнение пероральной холангиоскопии торцевыми детскими гастродуоденоскопами.

Таким образом, экстракционный баллонный катетер является многоцелевым инструментом, с помощью которого могут быть решены как диагностические, так и лечебные задачи при хирургических заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МЕГАХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Куртуков В. А., Шойхет Я. Н., Теплухин В. Н., Мищенко А. Н.
КГБУЗ «Городская больница № 5»
Кафедра факультетской хирургии им. И. И. Неймарка и госпитальной хирургии с курсом ДПО АГМУ

г. Барнаул



■ Куртуков В. А.



■ Шойхет Я. Н.



■ Теплухин В. Н.



■ Мищенко А. Н.

В лечении холедохолитиаза иногда возникают причины препятствующие эффективному применению малоинвазивных методик, к таковым относятся множественный и крупный холедохолитиаз, изменения билиопанкреатодуоденальной зоны в результате хронического воспаления и перенесенных оперативных вмешательств. Остается актуальным вопрос в выборе оперативного вмешательства в этой сложной категории больных [1,2,3,7].

Неудачи и осложнения механической литотрипсии многообразны, их частота достигает 3-11%. К одним из них можно отнести, когда корзину литотриптора не удается провести за камень и захватить его, корзина соскальзывает с камня, который не разрушается в связи с его высокой плотностью и недостаточной разрушающей силой литотриптора. Своеобразным осложнением является невозможность снять корзину с камня из-за поломки литотриптора и его недостаточной разрушительной силы. Подобное осложнение приходится иногда устранять при помощи хирургической операции [4,5].

Причинами неудач при осуществлении литэкстракции из холедоха после ЭПСТ большинство авторов называют несоответствие размеров папиллотомического отверстия и конкрементов, множественный холедохолитиаз, большие размеры конкрементов, узкая интрапанкреатическая часть ОЖП, лигатурные камни. Перечисленные причины препятствуют эффективности эндоскопической санации билиарной системы в 8-20% случаев [9].

В последние годы отмечается возрастание интереса к применению чрескожных чреспеченочных лечебно-диагностических процедур у больных с механической желтухой. Чрескожный чреспеченочный доступ к желчным протокам позволяет обеспечить выполнение антеградной чреспеченочной холедохолитотрипсии и холедохолитэкстракции или антеградное низведение конкрементов общего желчного протока в двенадцатиперстную кишку [6,8,9,10].

В последнее время всё шире используется комбинированная методика вмешательства на желчевыводящих путях, так называемая технология «rendezvous». Эта методика включает в себя одновременное использование антеградного и ретроградного доступа и совместное выполнение внутриспросветных манипуляций в желчных протоках.

В клинике за 2019 год больных с трудным мегахоледохолитиазом успешно пролечено 15 человек. У всех пациентов была применена контактная электроимпульсная литотрипсия аппаратом «Уролит». Контактная ретроградная литотрипсия после ЭПСТ была проведена у 8 пациентов с последующей литэкстракцией. Антеградная контактная литотрипсия через ЧЧХС с последующей ЭПСТ и литэкстракцией проведена у 4 больных. Контактная антеградная литотрипсия через ЧЧХС у 3 больных успешно завершилась удалением отломков конкремента в просвет кишки после баллонной дилатации БДС. Из 8 случаев ретроградного дренирования крупных камней холедоха у 4 пациентов для визуализации процесса применялся трансназальный видеогастроскоп Pentax EG16-K10.

У больных с мегахоледохолитиазом в просвете расширенного холедоха было от 2 до 4 конкрементов размерами 16-30 мм. У всех больных с мегахоледохолитиазом в день госпитализации выполнялось диагностическое УЗИ и ЧЧХС с наружным дренированием. На 3-4 сутки после дренирования проводился второй этап оперативного вмешательства в рентгенооперационной под внутривенным или интубационным наркозом.

Методика антеградного дренирования камней, проводимая через ЧЧХС заключалась в установке интродьюсера 6,0 Fr в просвет холедоха. По интрадьюсеру к конкременту под рентген-контролем проводился наноэлектроимпульсный зонд 3,6-4,8 Fr (1,2-1,49 мм). Полный контакт определяет максимальное импульсное воздействие на камень, без потери энергии. Поэтому

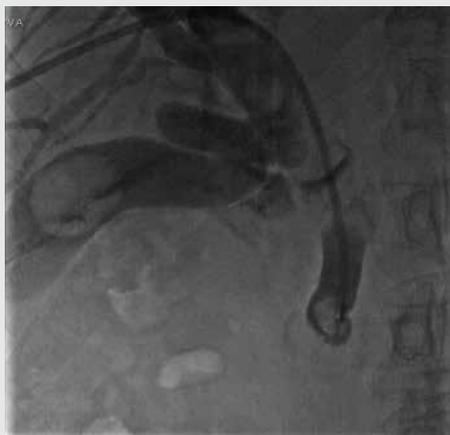


Рис. 1. Антеградная контактная литотрипсия



Рис. 2. Контактная литотрипсия.
Электроимпульсный зонд подведен к камню



Рис. 3. Трансназальный видеогастроскоп в просвете холедоха.
Виден РОС-направляющий катетер и мелкие конкременты
в просвете холедоха

под рентгеном в 2-3 плоскостях добивались плотного контакта зонда с камнем. Мощностью 0,2-0,6 Дж с частотой 2-4 Гц проводили дробление сначала дистального конкремента, что бы не было заброса отломков в долевые протоки (рисунок №1). Затем осуществлялось дробление камней, расположенных проксимальнее. Далее антеградно БДС дилатировали баллоном. У 3 пациентов удалось протолкнуть отломки конкрементов в просвет двенадцатипёрстной кишки с последующей санацией через ЧЧХС.

У 4 больных после контактной литотрипсии 2-3 конкрементов в холедохе образовался завал из крупных и мелких отломков. У этой группы пациентов дополнительно проведена ретроградная ЭПСТ с литэкстракцией корзинкой и баллоном для экстракции камней. В заключении осуществлялась санация холедоха через ЧЧХС.

Методика ретроградной контактной литотрипсии начиналась с проведения ЭПСТ с дозированной баллонной дилатацией интрамуральной части холедоха с давлением до 3-4 атм., дилатацией до 10 мм. Далее в холедохе проводился направляющий катетер и пушер 8,5 Fr «Endo-Stars» для установки пластиковых билиарных стентов. После этого направляющий катетер удалялся. По пушеру наноэлектроимпульсный зонд 3,0-4,8 Fr вводился в просвет холедоха и устанавливался плотно к камню под рентген-контролем в 2-3 плоскостях. Сначала проводили дробление дистального конкремента, после дробили камни расположенные выше мощностью 0,2-0,6 Дж с частотой 2-4 Гц (рисунок №2). У двух больных конкременты диаметром ~16 мм были захвачены корзинкой и вклинены между стенок холедоха в интрамуральной части. Корзинка была снята с дуоденоскопа. Вновь видеодуоденоскоп подводился к БДС с наноэлектроимпульсным зондом в инструментальном канале. Под видеоконтролем конкремент захваченный корзинкой и вклиненный на выходе из холедоха дробился, после чего корзинка извлекалась целой наружу.

С целью видеоконтроля при ретроградной контактной литотрипсии у 4 больных был использован трансназальный видеогастроскоп Pentax EG16-K10. После ЭПСТ и баллонной дилатации в просвет долевого протока на проводнике устанавливался РОС-направляющий катетер MTW. На раздутом баллоне он фиксировался. Затем дуоденоскоп извлекался. По установленному зонду в просвет холедоха вводился трансназальный видеогастроскоп с наружным диаметром 5 мм, инструментальным каналом 2 мм (рисунок №3). Манжета сдувалась, зонд извлекался. Через инструментальный канал проводился наноэлектроимпульсный зонд 3,0-3,6 Fr, который подводился к конкременту. В тоже время через ЧЧХС рентген-хирургом в просвет общего печёночного протока вводился дилатационный баллон, который в раздутом состоянии закрывал долевые протоки для миграции камней и их отломков в печёночные протоки. Под видеоконтролем были раздроблены крупные конкременты в холедохе. Часть отломков была удалена корзинкой, часть отмыта и вытолкнута антеградно баллоном.

При проведении внутрисветовой контактной электроимпульсной литотрипсии у 15 больных, только в 2-х случаях наблюдалась лёгкая, кратковременная экстравазация контрастного вещества без истечения желчи.

Заключение

Контактная электроимпульсная литотрипсия при комбинированном использовании антеградного и ретроградного доступа является эффективным методом фрагментации конкрементов при мегахоледохолитиазе.

Введение трансназального видеогастроскопа в просвет холедоха по РОС-катетеру позволяет проводить контактную литотрипсию под видеоконтролем.

Литература

1. Ежев В.Н. и соавт. /Ежев В.Н., Валетов А.И., Рудакова М.Н., Мешков В.М. К выбору тактики лечения холедохолитиаза // Эндоск. хирургия. 2000. № 6. С. 13-15.
2. Ильченко А.А., Мечетина Т.А. //Диагностика и лечение синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке // Эксперим. и клинич. гастроэнтерология. 2010. № 3. С. 99-106.
3. Котовский А.Е. и соавт. /Котовский А.Е., Глебов К.Г., Уржумцева Г.А., Петрова Н.А./Эндоскопические технологии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны // Анналы хирургической гепатологии. 2010. Т. 15, № 1. С. 9-18.
4. Петрова Д.Д. Кровотечение как осложнение ЭРХПГ / Студенческая наука и медицина XXI века: традиции, инновации и приоритеты: сб. материалов VIII Всерос. (82-й Итоговой) студ. науч. конф., посвящ. 95-летию СамГМУ// Самара, 2014. С. 177-178.
5. Тарасенко С.В. и соавт. /Тарасенко С.В., Брянцев Е.М., Мараховский С.Л., Копейкин А.А. /Осложнения эндоскопических транспиллярных вмешательств у больных доброкачественными заболеваниями желчных протоков// Анналы хирургической гепатологии. 2010. Т. 15, № 1. С. 21-26.
6. Балалыкин А. С. и соавт./Балалыкин А. С., Борисова Н. А., Глушков Н. И. //Комплексное эндоскопическое лечение больных желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой.// Тезисы докладов межрегионарной конференции хирургов. Механическая желтуха. М.; 1993: 11-12.
7. Брискин Б. С., и соавт. / Брискин Б. С., Иванов А. Э., Эктов П. В. //Холедохолитиаз: проблемы и перспективы. Анналы хирургической гепатологии. 1998; № 2: 71-78.
8. Галлингер Ю. И. и соавт. / Галлингер Ю. И., Будзинский А. А., Нечаев Д. А. //Эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Хирургия. 1985; № 7: 152.
9. Дедерер Ю. М., и соавт. / Дедерер Ю. М., Крылова Н. П., Устинов Г. Г. //Желчнокаменная болезнь. М.: Медицина; 1983.
10. Луцевич Э. В., Меграбян Р. А. /Назобилиарное дренирование и папиллосфинктеротомия в лечении заболеваний желчевыводящих путей// Оперативная эндоскопия пищеварительного тракта. М.; 1989.

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛЭКТОМИИ ПРИ АДЕНОМЕ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

Назмеев М. А., Захарова А. В.
ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ
ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ

г. Казань



■ Назмеев М. А.



■ Захарова А. В.

Аденома большого дуоденального сосочка (БДС) довольно редкая патология, по данным ряда авторов, встречается лишь в 0,4%-0,12% от всех опухолей желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в 0,15% случаев механической желтухи, а у больных с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС) эта цифра колеблется от 1,8 до 9,6% [2,5]. Однако риск перерождения аденом по мере их роста в злокачественную опухоль крайне велик и составляет 60–65% [2,9], что обуславливает необходимость их удаления в каждом случае.

Для лечения больных с патологией БДС применяется целый ряд хирургических операций (бужирование, наложение билиодигестивных анастомозов, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия, в том числе с папиллосфинктеропластикой, панкреатодуоденальная резекция), а также эндоскопическая папиллэктомия. Последняя активно изучается, оценивается многими исследователями, предлагаются различные методики, однако до сих пор еще четко не определены показания к ним [2,6]. К общепринятым показаниям относятся: размеры образований до 5 см, отсутствие внутрипротокового роста опухоли, отсутствие признаков злокачественности при эндоскопии.

Однако, при выполнении эндоскопической папиллэктомии, чаще руководствуются расширенными критериями: размер образования может быть более 5 см, внутрипротоковое распространение опухоли до 1 см, выявленный рак в аденоме без инвазии в мышечную пластинку слизистой оболочки [2]. Явными преимуществами малоинвазивных вмешательств перед традиционными хирургическими операциями у пациентов с аденомами являются малая травматичность и быстрые сроки реабилитации. Особенно это актуально у лиц пожилого и старческого возраста

с сопутствующей патологией, не способных перенести радикальную операцию.

Вашему вниманию хотим представить клинический случай успешного выполнения эндоскопической папиллэктомии пациенту старческого возраста с аденомой БДС крупных размеров.

Пациент М. 85 лет в июле 2019 года лечился в районной больнице по поводу острого гангренозного холецистита, эмпиемы желчного пузыря, холедохолитиаза, механической желтухи. Была выполнена холецистэктомия, холедохолитотомия с дренированием холедоха по Вишневскому по экстренным показаниям. В послеоперационном периоде дебит желчи по холедохостоме до 950–1000 мл сутки, при выполнении фистулохолангиографии на снимке определялся стеноз терминального отдела холедоха. Пациент отправлен на дообследование в ГАУЗ РКБ МЗ РТ.

При выполнении дуоденоскопии была выявлена крупная ворсинчатая опухоль БДС более 45 мм с основанием около 25 мм, имеющим латеральный компонент с депрессией по границе и переходом дистального подвижного конца образования в нижне-горизонтальную часть двенадцатиперстной кишки. Была взята биопсия, с подозрением на аденокарциному БДС пациент был проконсультирован в Республиканском онкодиспансере.

По результатам РКТ и ЭУС признаков злокачественности и внутрипротокового роста не выявлено, данных за метастазы нет.

При контрольном гистологическом исследовании определена аденома с умеренной степенью дисплазии. Учитывая возраст пациента, сопутствующую патологию (гипертоническая болезнь 3 ст, ИБС. Стенокардия напряжения ХСН 2, ФК 2, риск 4), отказ пациента от хирургического лечения открытым способом, было предложено проведение эндоскопической папиллэктомии. Состояние пациента в предоперационном периоде относительно удовлетворительное (ноябрь 2019 года): жалобы на наличие стомы с дебитом желчи до 1000 мл, уровень общего билирубина составил 15 мкмоль/л, АЛТ — 92 е/л, АСТ — 101 е/л, щелочная фосфатаза — 285 е/л, лейкоциты $6,8 \times 10^9$ /л.

Операция производилась под внутривенным наркозом в условиях рентгеноперационной. Вначале были проведены визуализация опухоли (Рис. 1) с контрастированием желчных протоков через холедохостому. (Рис. 2).



Рис. 1. Эндоскопическая картина аденомы БДС у пациента М. Размеры аденомы 45x25мм, гистологически: тубулярно-ворсинчатая аденома с участками умеренной дисплазии

По периметру под основание опухолевидного образования БДС введен физиологический раствор с адреналином 0,1% (20/0,2 мл) с индигокармином. Наложена полипэктомическая петля, петля затянута для создания ишемии тканей, образование удалено в смешанном режиме электрокоагуляции двумя фрагментами из-за больших размеров и риска перфорации, извлечено для гистологического исследования. Зона посткоагуляционного дефекта слизистой 25мм, овальной формы до мышечного слоя.

С целью профилактики панкреатита проведена канюляция и стентирование протока поджелудочной железы стентом Boston Scientific Advanix 4 Fr 7см. Дополнительно в проксимальный отдел холедоха по струне-проводнику проведен билиодуоденальный стент Boston Scientific 10 Fr 7см, отделение светлой желчи свободное (Рис.3 и 4.). Кровотечение незначительное, остановилось самостоятельно. На дефект слизистой наложена клипса с «многоцветным раскрытием» Boston Scientific.

Послеоперационный период протекал гладко, контрольная дуоденоскопия была выполнена на 3-и сутки (Рис. 5.). Пациент был выписан из стационара на 7е сутки после операции.

По данным гистологического исследования операционного материала была выявлена тубулярно-ворсинчатая аденома умеренной степени дисплазии без признаков роста по уровню среза. Панкреатический стент самостоятельно отошел при контрольном осмотре через 2 недели.

В заключении можно сказать, основываясь на данных литературы и собственном опыте, что эндоскопическая папилэктомия является методом выбора в радикальном лечении аденом БДС при соблюдении показаний к ней, хорошо переносится пациентами даже в старческом возрасте с сопутствующей патологией, обладает малой травматичностью и меньшим сроком госпитализации.



Рис. 2. Холангиограмма. Виден расширенный до 15–16 мм холедох с конусовидным сужением в терминальном отделе, контрастирован равномерно, двенадцатиперстной кишке контраста нет, наличие холангиостомы

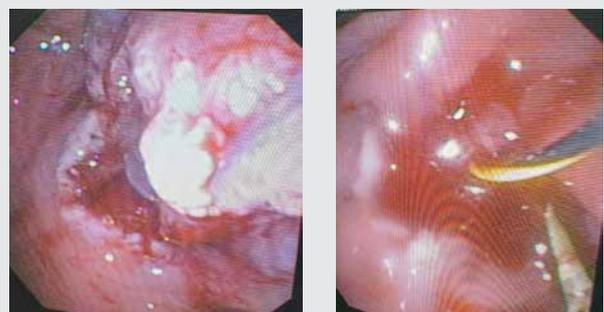


Рис. 3. Удаление аденомы 2-мя фрагментами с применением лифтинга из-за больших размеров образования и высокого риска перфорации

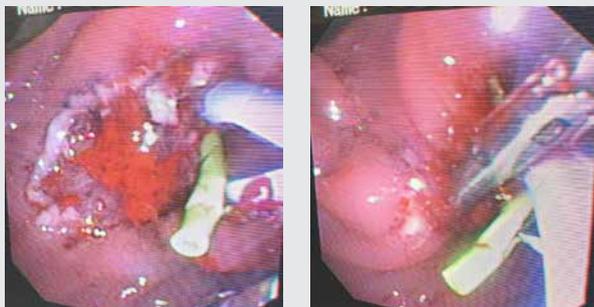


Рис. 4. Эндоскопическая картина после папилэктомии и установки стентов в холедох и панкреатический проток, наложения клипсы



Рис. 5. Поступление желчи в кишку свободное. Дефект слизистой с налетом фибрина, частичное прорезывание клипсы по проксимальному краю.

Список литературы

1. Будзинский С.А., Орлов С.Ю., Бахтиозина Д.В., Шаповальянц С.Г. Эндоскопическое удаление аденомы фатерова сосочка методом папилэктомии с успешной коррекцией нескольких интраоперационно возникших осложнений. Сборник материалов конференции «Актуальные вопросы эндоскопии», 2015 г.
2. Недолужко И.Ю., Шишин К.В., Курушкина Н.А., Шумкина Л.В., Ключева К.А. Эндоскопическая папилэктомия в лечении новообразований БДС. Сборник материалов конференции «Актуальные вопросы эндоскопии», 2018 г.
3. Недолужко И.Ю., Хон Е.И., Шишин К.В. Эндоскопическое удаление новообразований большого сосочка двенадцатиперстной кишки. *Анналы хирургической гепатологии.* — 2019, Т. 24(1). — с. 36–42.
4. Саввин В.Ю., Балалыкин А.С., Гвоздик В.В., Шпак Е.Г., Амеличкин М.А., Муцуров Х.С., Катрич А.Н., Балалыкин В.Д. Возможности и результаты эндоскопической папилэктомии при заболеваниях БДС. Сборник материалов конференции «Актуальные вопросы эндоскопии», 2013 г.
5. Заболевание большого дуоденального сосочка в общей структуре патологии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны — диагностика, эндоскопические методы лечения и их результаты — диссертация на соискание ученой степени доктора мед.наук. Шулешова А.Г., Москва, 2008.
6. Карпачев А.П., Седов И.П. Парфенов А.Л., Ярош О.М., Ждановский С.П., Францев В.Д. Тактика и принципы лечения опухоли большого сосочка двенадцатиперстной кишки. *Тихоокеанский медицинский журнал.* — 2009. — с. 60–63.
7. Климов П.В. Эндоскопическая диагностика и лечение новообразований большого соска двенадцатиперстной кишки. Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Москва, 1988, с. 15–17.
8. Kenneth W. Sharp. Local Resection of Tumors of the Ampulla of Vater. // Presented at the 57th Annual Assembly of the Southeastern Surgical Congress, January 24–27, 1989, Tarpon Springs, Florida.
9. Adenoma — carcinoma sequence in the papilla of Vater [Text]: научное издание / M. Stolte, C. Pscherer // *Scand. J. Gastroenterol.* — 1996. — Vol. 31, N4. — P376–382.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ И ПАПИЛОСФИНКТЕРОТОМИИ

Подсмаженко И.С., Иванов А.В., Косолапов В.В., Роговченко А.В.
ГАУЗ АО Благовещенская городская клиническая больница

г. Благовещенск

В настоящее время диагностическая РХПГ проводится во многих клиниках РФ. Однако выполнение данного вмешательства может сопровождаться развитием различных осложнений, частота которых варьирует от 2,0% до 4,95%. А при расширении диагностической манипуляции эндоскопическим вмешательством на фатеровом сосочке – эндоскопической папилосфинктеротомией, частота осложнений увеличивается до 9,8%.

За 2017-2019 гг. нами было выполнено 233 РПХГ и 98 ЭПСТ.

Для манипуляций на большом дуоденальном сосочке используют аппарат с боковой оптикой и диаметром канала 2,8 мм. Операции выполняются в условиях рентгеноперационной под в\в седацией или под в\в наркозом (реже). Инструменты для выполнения: канюля для РПХГ, папилотомы с торцевым и боковым расположением струны, баллоны для удаления камней (при небольшом размере камней и адекватном разрезе бдс считаем наиболее удобным и оправданным применение силиконовых баллонов), корзинка для удаления камней. Рентгенконтрастное вещество, используемое при операциях, «Урографин» или «Омнипак» - в разведении с физиологическим раствором или 0,25% раствором новокаина.

Процент неудачных попыток канюляции БДС составил 15,4% от общего количества рпхг (36 случаев).

Осложнений по типу анафилактических реакций на введение рентгеноконтрастного вещества у нас не было.

Основные осложнения после выполнения вмешательства на области бдс бесспорно является острый панкреатит.

Это связано с неоднократной канюляцией холедоха или вирсунгова протока канюлей, папилотомом, а также попаданием контраста в протоки. Отек в области бдс возникающий при выполнении эпст. В нашей клинике явления панкреатита после выполнения операций на бдс отмечены: после выполнения рпхг в 40 (17,1 %) случаях, после эпст в 23 (9,8%) случаях. При этом отмечалась характерная картина болевого синдрома, сохраняющаяся в течение нескольких суток после операции, повышение амилазы крови, диастазы мочи. Все случаи панкреатита были купированы консервативно.

Кровотечение из операционной раны после выполнения эпст занимают вторую строчку осложнений. Всего за три года было 7 (7,1 % на 98 эндоскопических папилосфинктеротомий) случаев кровотечения различной степени интенсивности, во всех случаях удалось добиться эндоскопического гемостаза.

Перфорация стенки дпк или холедоха папилотомом, данный тип осложнений был в нашей клинике в 1 случае при выполнении РХПГ (0,4 %). Пациенту потребовалось экстренное оперативное вмешательство.

Несмотря на указанные осложнения РПХГ является наиболее информативным методом выявления патологии желчевыводящих путей, а ЭПСТ способно значительно облегчить лечение больных с холедохолитиазом. При соответствующей подготовке врача - эндоскописта, врача-хирурга, соблюдении определенных правил выполнения данной методики и лекарственном обеспечении послеоперационного периода имеется возможность избежать большинства осложнений.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ИНСУФФЛЯЦИЯ УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА В ПАНКРЕАТИЧЕСКИЙ ПРОТОК: ВОЗМОЖНО ЛИ ЭНЗИМ-ИНГИБИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЗА СЧЁТ ЛОКАЛЬНОЙ ДЕПРЕССИИ pH?

Тренин Д. С.¹, Кульминский А. В.², Тренин И. Д.³, Кульминский М. А.³

¹ Новоуральский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Новоуральск

² ЦГКБ № 1, г. Екатеринбург

³ ФГБОУ ВО МЗ РФ «Уральский государственный медицинский университет», г. Екатеринбург

📍 г. Новоуральск, Екатеринбург



■ Тренин Д. С.



■ Кульминский А. В.



■ Тренин И. Д.



■ Кульминский М. А.

В работе выполнена расчётно-теоретическая оценка принципиальной возможности замедления энзимной аутоагрессии при остром панкреатите (ОП) в результате локального снижения водородного показателя в ткани поджелудочной железы (ПЖ), вызванного эндоскопической инсуффляцией двуокиси углерода в панкреатический проток (ПП) в режиме, рекомендованном для мультidetекторной компьютерной панкреатографии.

Для расчёта снижения величины pH в ткани ПЖ решена задача заполнения осесимметричного диффузионного профиля, сформулированная в допущении квазистационарности и одномерности диффузии CO_2 из протоковой системы ПЖ. Распределения величины водородного показателя получены для границ диапазонов структурных характеристик этой системы при разной продолжительности инсуффляции.

Для оценки вызванного депрессией pH в ткани ПЖ изменения активности панкреатических энзимов выполнены расчёты кинетических констант трипсина и липазы.

Численные эксперименты с формализованной математической моделью, объединяющей 21 уравнение, позволили получить зависимости, представленные на рисунках 1 (а-г) и 2 (а-г).

Показано, что водородный показатель в зоне диффузии монотонно понижается от 8,07 в ткани ПЖ до 6,72 на внутренней поверхности заполненного углекислым газом протока. Осреднённое по радиусу раскрытия диффузионного фронта значение pH варьирует в диапазоне от 7,04

до 7,17. Снижение pH в указанных пределах несущественно изменяет активность липазы, но способно ингибировать катализируемый трипсином протеолиз при малых и больших концентрациях субстрата соответственно на 53 и 30% от исходного уровня.

Найдено, что при инсуффляции углекислого газа в ПП в течение 10 секунд с объёмным расходом и под избыточным давлением, используемыми при выполнении трёхмерной мультidetекторной компьютерной виртуальной панкреатографии для контрастирования ПП и протоков I порядка, в зоне диффузии успевает раствориться не более 0,2–0,3 мл двуокиси углерода. Поскольку сумма этого объёма с вместимостью контрастируемых протоков укладывается в диапазон 0,9–1,2 мл, избыточное количество инсуффлируемого CO_2 вытекает в *bulbus duodeni* через зазор между стенками катетера и устья ПП.

Рассчитано, что при десятисекундной инсуффляции углекислого газа с объёмным расходом ~ 1мл/с радиус раскрытия диффузионного фронта не успевает достичь величины, сравнимой с толщиной стенки ПП, что не позволяет обеспечить ацидификацию ткани с сопутствующим снижением активности трипсина на надлежащую глубину.

Показано, что после прекращения десятисекундной инсуффляции с объёмным расходом ~ 1мл/с и дальнейшего распространения фронта диффузии до анатомических границ ПЖ ожидаемая величина водородного показателя в её ткани составит ~ 7,88–8,02. Такая депрессия pH может обеспечить незначительное снижение скорости протео-

лиза, не превышающее 2–6% при малой и 0–1% при большой концентрации субстрата.

Найдено, что увеличение времени инсуффляции до ~ 300 секунд позволит раскрыть диффузионный фронт, соизмеримый с толщиной стенки ПП, замедлив в его границах протеолиз на 48–49% при малых, и на 26–27% при больших концентрациях субстрата, и доведя объём растворённой двуокиси углерода до 1,6–2,4 мл. После прекращения такой инсуффляции и распространения фронта диффузии до анатомических границ ПЖ ожи-

даемая величина рН в её ткани составит ~ 7,67–7,94, а прогнозируемое замедление протеолиза- на 4–16% при малой, и на 0–5% при большой концентрациях субстрата.

Рассчитано, что достижение существенного трипсин-ингибирующего эффекта (10–31% при малой и 3–14% при большой концентрациях субстрата) в объёме ткани с границами, приближающимися к анатомическим границам ПЖ, потребует увеличения времени инсуффляции до ~ 30 мин.

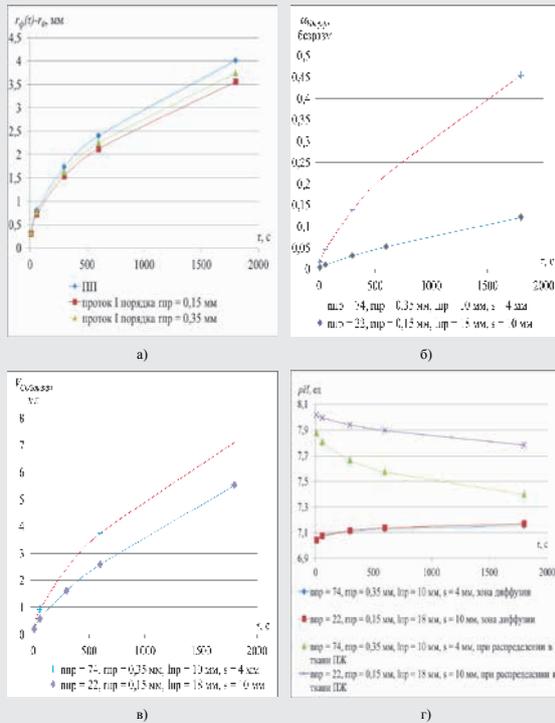


Рис. 1 (а- г). Зависимости радиальной толщины раскрытия диффузионного фронта (а), объёмной доли зоны диффузии (б), объёма растворённого углекислого газа (в) и осреднённого водородного показателя (г) от времени инсуффляции и характеристик протоковой системы ПЖ

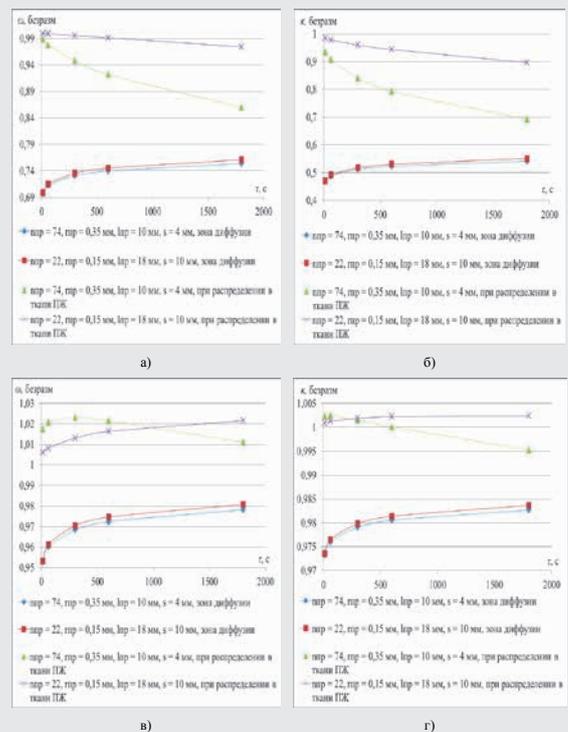


Рисунок 2 (а- г). Зависимости осреднённых величин индексов ингибирования активности трипсина (а, б) и липазы (в, г) от времени инсуффляции и характеристик протоковой системы ПЖ, рассчитанные для областей больших (а, в) и малых (б, г) концентраций субстратов

ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Ф. А. Хаджибаев., М. А. Хашимов., Мирахмедов Н. Н., Ешмуратов А. Б., Джамалдинов И. М.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

 г. Ташкент, Узбекистан

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 6672 больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), осложненной механической желтухой неопухолевой этиологии, госпитализированных в РНЦЭМП в 2002–2017 гг. Средний возраст $64,1 \pm 3,7$ года с диапазоном от 18 до 92 лет.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ) без лечебных манипуляций выполнена 347 (5,2%) пациентам. У остальных 6325 (94,8%) больных эндоскопическое вмешательство дополнено эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), показаниями к которой явились холедохолитиаз у 5384 (80,7%) и стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) у 941 (14,1%) пациентов.

В начальный 7-летний период (2002–2009 гг.) частота осложнений эндоскопических транспапиллярных вмешательств (ЭТПВ) составила 4% (98 из 2467 больных). После изменения тактики эндоскопических манипуляций и по мере совершенствования ведения этой категории больных в последующем (2010–2017 гг.) количество осложнений уменьшилось до 2,8% (117 из 4205 пациентов).

Одним из наиболее частых осложнений после ЭРХПГ является панкреатит. За годы наших наблюдений частота панкреатита уменьшилась с 2 до 1,5%. Повышенную опасность возникновения панкреатита создавал наличие не увеличенного эластичного БДС с нерасширенным желчным протоком вблизи от сосочка, особенно у молодых пациенток. Наш подход к техническому исполнению вмешательства сводился к следующему: подача контраста только при наличии уверенности, что папиллотом находится в желчном протоке. При неудаче канюлирования БДС рассекали тракционным папиллотомом, затем предпринималась повторная попытка введения папиллотома. При повторной неудаче дальнейшие манипуляции прекращали, а через 2–3 дня – после уменьшения отека папиллы–РХПГ повторяли. Постманипуляционный панкреатит было выявлено у 107 (1,7%) пациентов. В 35 (32,7%) случаях острый панкреатит был купирован консервативной терапией, у остальных 72 (67,3%) пациентов на фоне консервативной терапии развился панкреонекроз. На 4-е и 6-е сутки этим больным была выполнена операция: лапаротомия, холецистэктомия, наружное дренирование холедоха, вскрытие сальниковой сумки, санация и дренирование сальниковой сумки. Из числа оперированных умерли 9 вследствие полиорганной недостаточности

на фоне острого инфицированного жирового панкреонекроза с гнойным холангитом.

Кровотечение после эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) наблюдалось крайне редко – у 32 (0,5%) больных, что связано с тактикой выполнения ЭПСТ, которая заключалась в следующем: 1) старались усиленно устанавливать струну папиллотома и производить разрез по середине продольной складки; 2) стремились выше поперечной складки разрез не делать; 3) после разреза, даже при небольшой кровоточивости, делали инъекцию с имбибицией краев папиллотомной раны сосудосуживающими препаратами. У 26 пациентов кровотечение из папиллотомной раны остановлено эндоскопической электрокоагуляцией и последующими консервативными мероприятиями. У 6 из 32 пациентов кровотечение из папиллотомной раны остановлено оперативным вмешательством: у 2 больных гемостаз достигнут после трансдуоденальной коагуляции папиллотомных краев, у 4 выполнена дуоденотомия, трансдуоденальная папиллосфинктеропластика с холецистэктомией и дренированием холедоха по Пиковскому. Из числа оперированных умерли 3.

Холангит после ЭРХПГ и ЭПСТ развился у 38 (0,6%) больных. Низкие показатели развития постманипуляционного холангита связано с активной тактикой ведения больных с холедохолитиазом и ранней эндоскопической декомпрессией ЖВП. При развитии холангита проводили назобилиарное дренирование холедоха, брали бакпосев из просвета холедоха, проводили антибактериальную терапию согласно чувствительности микрофлоры, в последующем промывали холедох антисептическими растворами. С целью предупреждения повторной обтурации и адекватной санации холедоха нами был разработан катетер со спиралевидным концом в виде «песочных часов» (Патент № IAP 02678). Спиралевидный катетер не только ограничивает движение камня, но и обеспечивает устойчивое положение самого катетера, что является гарантией от самопроизвольного выхода катетера из холедоха. После консервативного лечения все больные были выписаны на амбулаторное лечение.

Перфорация ретродуоденальной складки имело место у 11 (0,2%). Данное осложнение, как правило, проявлялось рентгенологическими признаками свободного газа в брюшной полости, эмфиземы забрюшинной клетчатки

или пневмомедиастинума и требовала экстренной операции. Для предупреждения перфорации после ЭПСТ необходимо: 1) хорошо видеть зону разреза; 2) строго контролировать скорость разреза; 3) визуализировать дно разреза постоянным отмыванием; 4) ориентироваться в длине разреза с учетом возникающей боли при подаче электротока. Всем пациентам с перфорацией двенадцатиперстной кишки выполнено оперативное вмешательство: трансдуоденальная папиллосфинктеропластика с холецистэктомией и дренированием холедоха по Пиковскому. Послеоперационная летальность составила 40%.

Корзины Дормиа могут вклиниться в желчном протоке при попытке удаления крупного камня. Мы наблюдали 3 (0,04%) подобных случая. Все больные в экстренном порядке оперированы, им выполнены холедохотомия, удаление конкремента с холецистэктомией и наружным дренированием холедоха. В профилактике этого осложнения важное значение имеет величина разреза

«крыши» дуоденального сосочка с созданием широкого холедоходуоденального соустья. В начальный период, поскольку мы не располагали достаточным опытом, величина разреза оказывалась меньше необходимой, что стало причиной всех 3 случаев вклинения камня вместе с корзиной Дормиа.

Таким образом, ЭТПВ представляющие в настоящее время альтернативу традиционным хирургическим операциям при лечении больных с различными заболеваниями билиопанкреатодуоденальной зоны, неизбежно сопровождаются связанными с вмешательством осложнениями. Знание возможных осложнений таких операций, а также факторов их развития и частоты позволяет существенно снизить риск и тяжесть последствий. Раннее выявление осложнений, своевременно принятые меры, мультидисциплинарный подход к лечению больных позволяют уменьшить частоту послеоперационных осложнений и улучшить прогноз заболевания.

ЦИСТОГАСТРАЛЬНЫЙ СВИЩ ПСЕВДОКИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Щёголев А. А.¹, Вакурова Е. С.², Матушкова О. С.², Стельмашенко Д. А.², Громов Д. Г.²

¹ РНИМУ им. Н. И. Пирогова

² ГБУЗ ГКБ им. Ф. И. Иноземцева ДЗМ

г. Москва



Рис. 1



Рис. 2

Актуальность

Цистогастральный свищ псевдокисты поджелудочной железы является редкой эндоскопической находкой и, как правило, проявляется профузным кровотечением из кисты в просвет желудочно-кишечного тракта. Лечение таких больных представляет существенные трудности.

Цель

Демонстрация успешного случая лечения кровотечения из псевдокисты поджелудочной железы в просвет желудочно-кишечного тракта.

Введение

Частота аррозивного кровотечения из псевдокисты поджелудочной железы колеблется от 1,6% до 20%. Кровь изливается в просвет желудочно-кишечного тракта (49,3%), в полость кисты (37,0%) и в свободную брюшную полость (13,7%). Кровотечение возникает вследствие аррозии стенки сосуда в результате воздействия на него ферментов поджелудочной железы. Источником кровотечения могут быть как аррозированные сосуды стенки кисты, так и сосуды, оказавшиеся вовлечёнными в процесс образования кисты. Чаще всего повреждается селезёночная артерия и вена, желудочно-двенадцатиперстная и поджелудочно-двенадцатиперстная артерии. Реже источником кровотечения бывают левая и правая желудочные и печёночные артерии. Клиническая картина кровотечения, вызванного кистой, проявляется по-разному.

Клинический случай

Пациент Т., 36 лет, поступил в ГКБ им. И. Ф. Иноземцева с жалобами на резкие боли опоясывающего характера, тошноту, рвоту, слабость. При обследовании был поставлен диагноз хронический панкреатит, цирроз печени алкогольной этиологии, портальная гипертензия. На фоне проводимого лечения была отмечена положительная динамика. Через 6 дней состояние пациента ухудшилось, появилась клиника желудочно-кишечного кровотечения, в связи с чем, был переведен в отделение реанимации. При ЭГДС в антральном отделе желудка по малой кривизне визуализировано воронкообразное углубление с конвергенцией складок, слизистая оболочка гиперемирована, отечна. В просвете желудка сгустки измененной

крови. В дне воронкообразного углубления определяется свищевой ход диаметром около 1 мм, который расправляется при введении жидкости через инструментальный канал эндоскопа (Рис. 1). Из свищевых ходов отмечено поступление жидкости с геморрагическим компонентом. Эндоскопическая картина не позволяла исключить внутренний панкреатический свищ с признаками состоявшегося кровотечения.

При КТ брюшной полости обнаружены признаки деструктивного панкреатита с образованием полостей. Выполнена целиакография. На расстоянии 6 см от устья селезеночной вены визуализировано повреждение стенки артерии (отверстие диаметром около 4 мм) с вытеканием контрастного вещества в полость гематомы, размерами 20x15 мм (Рис. 2). Выполнена эмболизация полости гематомы спиралью Azure 035 10x60 мм с ассистенцией баллоном 3,0–24 мм. Вторым этапом на коронарном проводнике выполнено закрытие участка аррозии средней трети селезеночной артерии стент-графтом 4,0–12 мм. На контрольной ангиограмме кровотока по селезеночной артерии магистральный, стент расправлен полностью, полость гематомы не контрастируется (Рис. 3). Через 6 дней после успешной эндоваскулярной эмболизации селезеночной артерии пациент в удовлетворительном состоянии был выписан.

Вывод

Геморрагические осложнения развились на фоне обострения хронического панкреатита. Эндоскопиче-



Рис. 3

ские исследования с последующим эндоваскулярным вмешательством могут быть с успехом применены у пациентов с высоким риском рецидива кровотечения и являются альтернативой хирургическим методам вмешательства.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ТРАНСГАСТРАЛЬНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ПРОТОКОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Смирнов А. А., Секербеков Ш. А., Корольков А. Ю., Саадулаева М. М. Красков А.

г. Санкт-Петербург

Хронический панкреатит (ХП) — это заболевание, характеризующееся прогрессирующими и необратимыми изменениями в поджелудочной железе, приводящими к потере экзокринной и эндокринной функций. Одной из причин боли, связанной с хроническим панкреатитом, является гипертензия в системе панкреатических протоков. Для купирования болевой симптоматики применяется как хирургическое дренирование, так и эндоскопическое. Эндоскопическое дренирование требует транспапиллярного доступа к протоку поджелудочной железы во время ретроградной панкреатографии (ЭРПГ). Методы улучшения дренирования поджелудочной железы включают панкреатическую сфинктеротомию, дилатацию стриктур, удаление камней и установку стентов. В случае невозможности традиционного эндоскопического транспапиллярного (ЭРХПГ) доступа к ГПП по различным причинам (стриктуры, конкременты ГПП, трансформация ампулы БДС, выраженные хронические воспалительные изменения стенки ДПК) возможно выполнение трансгастрального дренирования под контролем эндоскопической ультрасонографии (ПГА-ЭУС), что упоминается в литературе. ПГА-ЭУС обеспечивает лучший доступ к ПЖ, и может быть использован для дренирования псевдокист поджелудочной железы из желудка или двенадцатиперстной кишки с наложением цистгастроанастомоза под контролем эндоскопии.

Целью данного исследования было определить техническую осуществимость и эффективность, безопасность ПГА-ЭУС.

ПГА-ЭУС была выполнена 4-м пациентам с болью на фоне гипертензии ГПП, вызванной хроническим панкреатитом.

Методы

В течении 2019 года было обследовано 17 пациентов с хроническим панкреатитом и гипертензией по причине стриктуры и/или конкрементов ГПП. Первым этапом всем была предпринята попытка ЭРПГ для панкреатической декомпрессии, что увенчалось техническим успехом у 10 больных. У 3-х больных удалось выполнить декомпрессию путем канюлирования, сфинктеротомии и/или стентирования добавочного панкреатического протока через МДС. Тогда как 4 больным попытки доступа в систему панкреатических протоков через БДС и МДС не увенчались успехом и им под контролем

ЭУС был осуществлен трансгастральный доступ в протоки с установкой эндопротеза для поддержания проходимости панкреатогастрального анастомоза. Информированное согласие было получено у всех пациентов после детального обсуждения имеющихся альтернатив и обзора результатов диагностического исследования. Процедура ПГА-ЭУС была согласована с хирургами. Боль оценивали по анкетированию оценки качества жизни, регистрировали вес и диаметр протока до и после эндоскопической процедуры, проводили КТ и ЭУС брюшной полости для объективной оценки эффекта, связанного с декомпрессией протока. ПГА-ЭУС проводилась в эндоскопической операционной с пациентом под общим наркозом (пропофолом), включая эндотрахеальную интубацию, в присутствии анестезиолога. Антибиотики назначались до начала эндоскопической процедуры.

Технические аспекты процедуры показаны на диаграмме (Рис. 1).

Case 1

Пациентка, 43 г. 14.01.2019 г. поступила в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли в левом боку опоясывающего характера, которые частично купировались на фоне консервативной терапии спазмолитиками и ферментными препаратами. Из анамнеза известно, что в 2016 г. была выполнена ЛХЭ, холедохотомия, дренирование холедоха по Керу. В 2017–2018 гг. пациентка неоднократно госпитализировалась для обследования и лечения, в связи с обнаружением вирусного холангита и вирусного холангита, кист в проекции головки поджелудочной железы; многочисленные попытки дренирования вирусного протока ретроградными эндоскопическими методами не увенчались успехом. 15.01.2019 г. в условиях клиники пациентке была выполнена МРТ и ЭУС гепатобилиарной зоны (ГБЗ) — выявлены киста в проекции головки поджелудочной железы 2,1x1,5x1,7 см., вирусного холангита до 12 мм, вирусного холангита диаметром до 8 мм в проекции. Дистальнее расширенного протока определялась стриктура на фоне грубых изменений архитектоники головки поджелудочной железы. Был наложен гастропанкреатикоанастомоз (ГПА) под ЭУС- и рентген-наведением. Боль оценивали по анкетированию оценки качества жизни, как 118 и 56 баллов, до и после операции соответственно.

Баллы по вопросам оценки качества жизни и диаметр ГПП до и после ПГА-ЭУС в табл. 1.

Case 2

Пациент 51 года, мужчина с длительным анамнезом ХП, эпизодами обострения (на фоне приема алкоголя). Неоднократно находился в хирургических стационарах, проводилась консервативная терапия, на фоне которой интенсивность болевой симптоматики уменьшалась частично купировалась. Продолжал употреблять алкоголь. Болевой синдром стал носить постоянный характер, различной интенсивности, отметил потерю 10 кг веса в течении 7 месяцев. По данным КТ: Головка ПЖ увеличена в размерах до ~ 5,2 см, тело и хвост железы размерами до 2,4 см и 1,9 см соответственно. Паренхима поджелудочной железы имела неоднородную структуру за счет многочисленных анэхогенных (кистозных) включений (наибольшим $d \sim 1,2$ см); ГПП извитой, неравномерно расширен, максимально до 1,3 см на уровне тела расширение его боковых ветвей на всем протяжении железы с гиперэхогенной тенью (конкрементом) в проекции перешейка до 7 мм. ГПП в теле 9–11 мм., в головке до 8–10 мм с расширенными боковыми ветвями. Была выполнена эндоскопическая панкреатическая сфинктеротомия, установка пластикового стента до уровня конкремента, в связи с невозможностью проведения инструментов выше. При повторной попытке удалось провести проводник (0.025) на 2 см выше конкремента, однако никакие другие инструменты по проводнику провести не удалось. Боль оценивали до и после ПГА-ЭУС по анкетированию оценки качества жизни

Case 3

Пациент 57 лет, считает себя больным в течении двух лет, находился на лечении в стационаре с диагнозом: Острый панкреатит. Парапанкреатит. Кисты ПЖ. Проводилось консервативная терапия, дренирование под УЗИ контролем жидкостных скоплений. На фоне проводимой терапии болевой синдром купирован. Жалобы на периодический дискомфорт в эпигастрии. Через 6 месяцев повторно поступил приступами боли в области эпигастрии, при обследовании КТ и ЭУС: ПЖ головка 3,0 см, тело 2,0 см, хвост 2,3 см. Контуры неровные, нечеткие в проекции головки, латеральнее которой жидкостное скопление размером 3,6x2,4 см. Структура диффузно неоднородная. ГПП-расширена 8 мм. В проекции головки гиперэхогенное образование 9 ммx5 мм (конкремент). Выполнена ЭРПГ, канюлирован ГПП прямым катетером, проведен на 2 см, далее провести не удается, попытка контрастирование — контраст выше препятствие

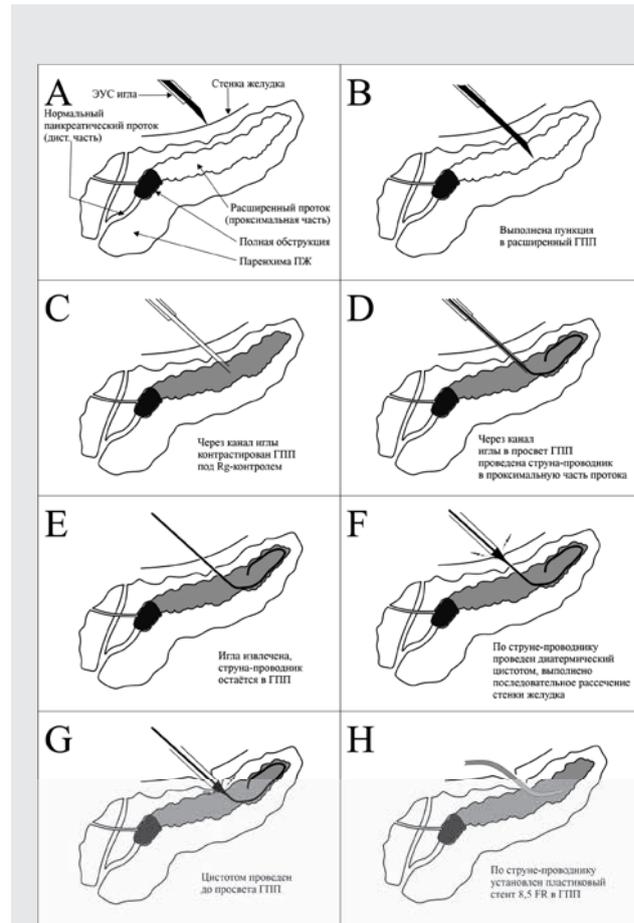


Рис. 1. Схематическая диаграмма ГПА под контролем ЭУС

не поднимется, вытекает обратно, выполнено неоднократные попытки проведение струны вдоль конкремента, технический не увенчалось успехом. Выполнена пункция и дренирование ГПП из просвета желудка под контролем ЭУС.

Case 4

Пациент 51 год, болеет длительное время, находился на стационарном лечении с диагнозом: острый пан-

Табл. 1. Баллы по вопросникам оценки качество жизни и диаметр ГПП до и после ПГА-ЭУС

	До	После	Диаметр ГПП	Диаметр ГПП
Case 1	118 баллов	56 баллов	12mm	4mm
Case 2	132 баллов	87 баллов	10mm	6mm
Case 3	141 баллов	67 баллов	8mm	4mm
Case 4	135 баллов	X	10mm	X

креатин, тяжелой степени. Геморрагический панкреонекроз. Абсцесс сальниковой сумки. Флегмона забрюшинного пространства. Ферментативный перитонит. Пациенту выполнялось лапаротомия, холецистостомия, тампонирование, дренирование сальниковой сумки. В последующем пациент неоднократно находился на стационарном лечении с диагнозом: хронический панкреатит, обострение. На фоне консервативной терапии наблюдалось положительная динамика в виде нормализации клинико-лабораторных данных, купирование болевого синдрома.

В 2019 году повторно поступил в клинику с диагнозом: хронический панкреатит, обострение, беспокоящие постоянные тупые, ноющие боли в верхних отделах живота, усиливающие после приема пищи. По данным КТ, ЭУС: головка ПЖ увеличена до 5,0 см, представлена гипозоногенной гетерогенной тканью с множественными кальцинатами до 5 мм, ГПП на уровне перешейка извитой, выявлено расширение ГПП до 1 см, в его просвете конкременты до 4 мм. В паренхиме железы множественные кальцинаты. Заключение: КТ-картина хронического кальцифицирующего панкреатита. Неоднократные попытки ретроградного доступа в лежащие дистальнее конкремента отделы панкреатического протока не увенчались успехом. Дальнейшая тактика определена как трансга-

стральное дренирование вирсунгового протока под контролем ЭУС.

Наблюдение

Три пациента были госпитализированы в хирургическое отделение для наблюдения после эндоскопического вмешательства. Все пациенты были выписаны и осмотрены хирургами совместно эндоскопистом, согласно протоколу учреждения, через 24 часа после процедуры. Наблюдение за всеми пациентами проводилось в клинике через 3 месяца после процедуры и с перерывами не менее 6 месяцев.

ПГА-ЭУС выполнена без серьезных осложнений. Трое пациентов отмечали значительное уменьшение интенсивности болевой симптоматики при медиане наблюдения 1 год.

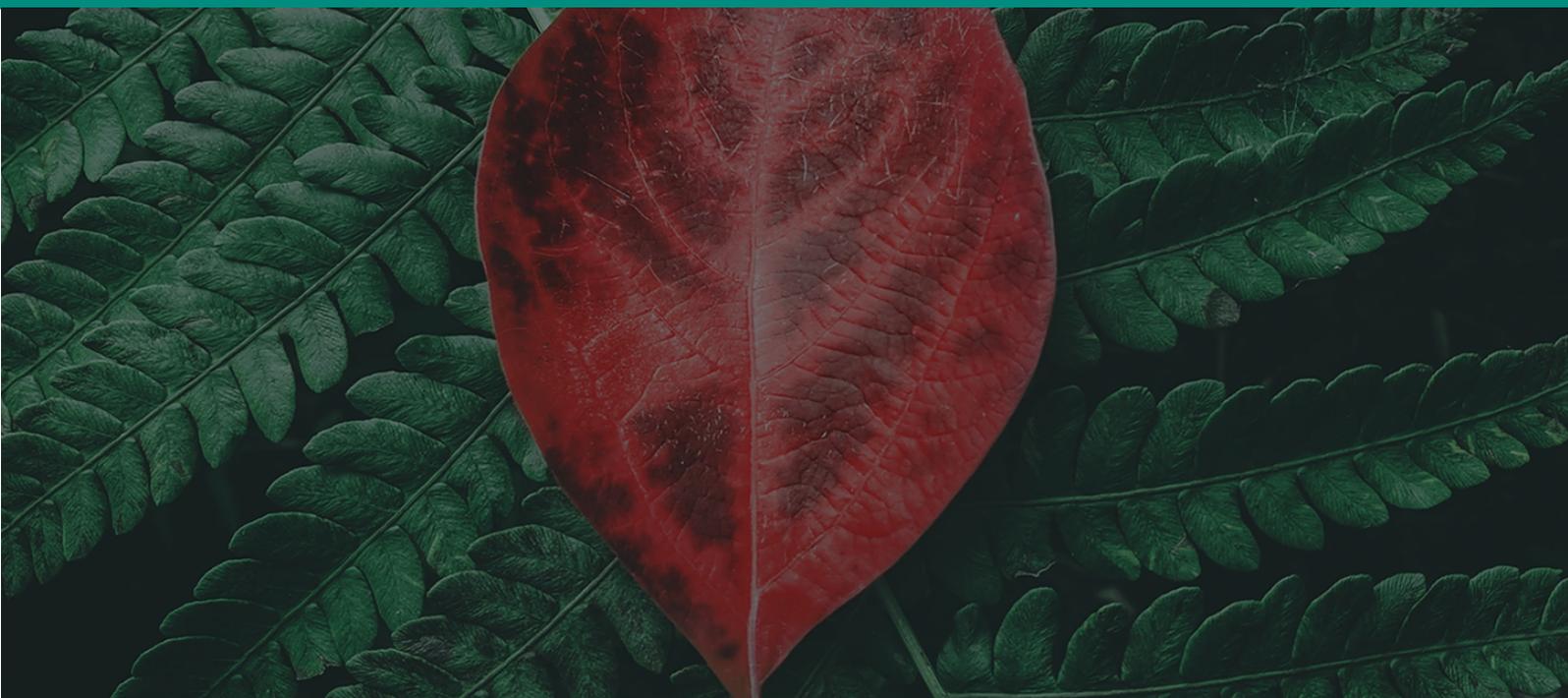
Заключение

ПГА-ЭУС может быть перспективным методом дренирования протоковой системы поджелудочной железы на фоне панкреатической гипертензии с целью уменьшения интенсивности болевой симптоматики при технической невозможности ретроградного транспапиллярного доступа к панкреатическому протоку на фоне хронического панкреатита.



актуальные вопросы
Эндоскопии
Санкт-Петербург

ТОЛСТАЯ И ТОНКАЯ КИШКА

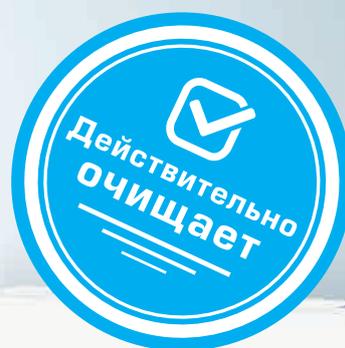


#эндоскопия ❤️

МОВИПРЕП®

ОТЛИЧНАЯ ВИДИМОСТЬ — ТОЧНЫЙ ДИАГНОЗ

- ✓ Эффективная подготовка к операциям и диагностическим исследованиям¹⁻⁵
- ✓ Благоприятный профиль безопасности¹⁻⁴
- ✓ Оптимальный объём раствора для приёма²⁻³



Сокращённая инструкция по применению

Торговое наименование препарата: МОВИПРЕП® (MOVIPREP®).
Группировочное наименование: Аскорбиновая кислота + Макрогол + Натрия аскорбат + Натрия сульфат + [Налия хлорид + Натрия хлорид].
Лекарственная форма: порошок для приготовления раствора для приема внутрь.
Действующие вещества: макрогол-3350, натрия сульфат безводный, натрия хлорид, аскорбиновая кислота, натрия аскорбат.
Показания к применению: подготовка к диагностическим исследованиям (например, эндоскопическому, рентгенологическому и другим исследованиям кишечника) и оперативным вмешательствам, требующим опорожнения кишечника.
Противопоказания: Гиперчувствительность к любому из компонентов препарата; нарушение опорожнения желудка (гастропарез); кишечная непроходимость; перфорация или риск перфорации органов желудочно-кишечного тракта; фебрилитет; дефицит глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы; токсический мегалон, являющийся осложнением тяжелых воспалительных заболеваний кишечника, включая болезнь Крона и язвенный колит; возраст до 18 лет; бессознательное состояние.
С осторожностью: нарушенный рвотный рефлекс, склонность к аспирации или регургитации; нарушения сознания; дегидратация; тяжелая сердечная недостаточность; тяжелая почечная недостаточность; острые воспалительные заболевания кишечника тяжелой степени; боль в животе неясной этиологии; риск аритмии, у пациентов, получающих лечение по поводу сердечно-сосудистых заболеваний или имеющих заболевания щитовидной железы. Если у Вас одно из перечисленных заболеваний, перед приемом препарата МОВИПРЕП® обязательно проконсультируйтесь с врачом.
Способ применения и дозы. Внутрь. Вне зависимости от веса пациента общая доза препарата МОВИПРЕП® для качественной очистки кишечника составляет 2 литра раствора препарата. Для приготовления первого литра раствора препарата необходимо содержимое одного саше (пакетика) А и одного саше Б полностью растворить в небольшом количестве питьевой негазированной воды комнатной температуры, довести объем раствора водой до 1 литра и перемешать. Для приготовления второго литра раствора препарата необходимо повторить алгоритм приготовления раствора препарата как для приготовления первого литра, используя оставшееся саше А и саше Б. Приготовленный раствор препарата МОВИПРЕП® следует выпить в течение 1-2 часов, например по 1 стакану каждые 15-30 минут. Во время приема препарата МОВИПРЕП® настоятельно рекомендуется дополнительно употребить 1 литр другой жидкости: негазированной вода, бульон (прозрачный, процеженный), фруктовый сок без мякоти, безалкогольные напитки, чай без молока (можно с сахаром или медом).

Не следует употреблять твердую пищу с начала приема раствора препарата МОВИПРЕП® и до окончания диагностического исследования или оперативного вмешательства.

Побочное действие. Диарея является ожидаемым эффектом при подготовке кишечника. Из-за характера воздействия препарата во время подготовки кишечника к процедуре нежелательные эффекты отмечаются у большинства пациентов. Несмотря на некоторые отличия в конкретных случаях, самыми распространенными нежелательными эффектами для макрогол-содержащего препарата являются: тошнота, рвота, вздутие живота, боль в животе, раздражение в области ануса и нарушения сна. В результате диареи и/или рвоты может развиваться дегидратация. Как и при приеме других продуктов, в состав которых входит макрогол, возможны различные аллергические реакции, включая сыпь, крапивницу, зуд, диспноэ, отек Квинке и анафилактический шок. Нежелательные эффекты (частые и очень частые): нарушение сна, головокружение, головная боль, боль в животе, тошнота, вздутие живота, раздражение в области ануса, рвота, диспепсия, недомогание, повышение температуры тела, озноб, жажда. **Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению.**

Особые указания. Пациентам пожилого возраста, ослабленным или истощенным пациентам с различными сопутствующими заболеваниями, пациентам, склонным к аспирации либо регургитации, с нарушением сознания, особенно в случае, если препарат вводят через назогастральный зонд, препарат следует применять под медицинским контролем. Приготовленный раствор препарата МОВИПРЕП® не заменяет регулярное потребление жидкости, поэтому необходимо поддерживать достаточный уровень жидкости в организме. У истощенных, ослабленных пациентов, пациентов с различными сопутствующими заболеваниями, с клинически значимым нарушением функции почек, аритмией и риском нарушения баланса электролитов следует рассмотреть необходимость определения уровня электролитов на исходном уровне и после лечения, оценки функции почек и выполнения ЭКГ исследования. В случае появления у пациентов любых симптомов, свидетельствующих об аритмии или сдвигах водного/электролитного баланса, следует определить уровень электролитов в плазме крови, выполнить ЭКГ и провести адекватное лечение всех выявленных отклонений. Если у пациента возникают такие симптомы, как выраженный метеоризм, вздутие живота, боль в животе или любые другие реакции, затрудняющие дальнейший прием препарата, необходимо замедлить или временно приостановить прием препарата и проконсультироваться с врачом.

Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата МОВИПРЕП®. Рег. уд. ЛП-002630. 2. Eil C. et al. Randomized Trial of Low-Volume PEG Solution Versus Standard PEG + Electrolytes for Bowel Cleansing Before Colonoscopy. Am J Gastroenterol. 2008 Apr; 103(4):883-893. 3. Ponchon T. et al. A low-volume polyethylene glycol plus ascorbate solution for bowel cleansing prior to colonoscopy: The NORMO randomised clinical trial. Digestive and Liver Disease 45 (2013) 820-826. 4. Qingsong Xie et al. A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials of Low-Volume Polyethylene Glycol plus Ascorbic Acid versus Standard-Volume Polyethylene Glycol Solution as Bowel Preparations for Colonoscopy. PLOS ONE www.plosone.org 5 June 2014 Volume 9 Issue 6 e99092. 5. Lauridsen C. et al. Comparison of the diagnostic performance of CT colonography interpreted by radiologists and radiographers Insights Imaging (2013) 4:491-497.

Информация для специалистов здравоохранения

МОВИПРЕП® - зарегистрированный товарный знак группы компаний «Норджин».
Претензии потребителей направлять по адресу: ООО «Такеда Фармасьютикалс», ул. Усачёва, д. 2, стр. 1, г. Москва, 119048.
Телефон: +7 495 933-55-11, факс: +7 495 502-16-25. Электронная почта: russia@takeda.com, адрес в Интернете: www.takeda.com ru
Дата выпуска материала: март 2020 г.



ПЕРФОРАЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕБНОЙ И ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КОЛОНОСКОПИИ: ПРИЧИНЫ, МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Агапов М.Ю.¹, Алешина Н.В.¹, Архипов В.В.², Ванян А.В.³, Владимиров А.А.⁴, Галкова З.В.⁵, Двойникова Е.Р.⁶, Ивинская О.В.², Кочергина Е.С.⁷, Лобач С.М.³, Неустроев В.Г.⁴, Пырх А.В.², Распереза Д.В.³, Халин К.Д.⁸, Цой А.П.⁹

¹ ГУЗ Городской клинический онкологический диспансер, г. Санкт-Петербург

² ДКДЦ «Вивея», г. Хабаровск

³ ФГБУЗ КБ № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России, г. Санкт-Петербург

⁴ Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр, г. Иркутск

⁵ ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

⁶ Медицинский центр ДВФУ, г. Владивосток

⁷ ГБУЗ Приморская краевая клиническая больница № 1, г. Владивосток

⁸ ЧУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Владивосток», г. Владивосток

⁹ ООО «Центр Персонализированной Медицины», г. Новосибирск

Перфорация считается одним из наиболее грозных осложнений лечебной и диагностической колоноскопии. Несколько лет назад большинство перфораций требовало хирургического лечения, однако, в последнее время в практику были успешно внедрены эндоскопические способы ее коррекции. Частота и эффективность применения различных подходов к лечению перфорации толстой кишки в условиях обычной клинической практике в РФ неизвестны.

Цель исследования

Провести анализ причин, способов и результатов лечения перфорации при диагностической и лечебной колоноскопии.

Материалы и методы

Исследование носило ретроспективный, мультицентровой характер (9 лечебных учреждений). Критерии включения: видимое сквозное повреждение стенки органа и/или симптом мишени, и/или сводный газ в брюшной полости с клиникой перфорации полого органа. Критерии исключения: Локализация перфорации в прямой кишке или преднамеренная перфорация (полнослойное удаление) или болевой синдром без видимой перфорации и/или симптома мишени и/или свободного газа в брюшной полости, или неполные сведения о случае. Всего сообщено о 56 случаях перфорации, в исследование включено 50 случаев (11 — диагностическая (ДК), 39 — лечебная колоноскопия (ЛК)) у 50 пациентов (38 женщин, 12 мужчин).

Результаты

Средний возраст пациентов — $62,9 \pm 11,9$ лет. Перфорация при ДК возникала у лиц более пожилого возраста, чем при ЛК ($72,4 \pm 6,1$ vs $60,1 \pm 11,8$ лет соответственно

$p=0,001$). Средний размер перфорационного отверстия был выше при ДК ($21,6 \pm 13,3$ мм vs $8,6 \pm 10,1$ мм, соответственно $p=0,001$). В группе ЛК перфорации возникали при полипэктомии — 2, баллонной дилатации или стентировании — 5, ESD — 11, EMR — 21. Локализация перфорации: ректосигмовидный отдел — 12 (ДК 7), левая половина толстой кишки — 19 (ДК 4), правая половина — 19 (ДК 0, один случай баротравмы слепой кишке не включен из-за недостатка данных). Непосредственная перфорация — 45 случаев (44 диагностировано в течение 0–3), отсроченная — 5 случаев. Клипсы, проводимые через канал эндоскопа, для закрытия перфорации использованы в 29 случаях (58,0% всех и 69,4% непосредственных перфораций) (ДК -1, ЛК — 28). Наложение клипс было не эффективно в 2х случаях (6,9%) потребовавших хирургического лечения вторым этапом. Хирургическое лечение в 21 случае (ДК — 10, ЛК — 11), включая 100% отсроченных перфораций, в 8 наблюдениях (38,1%) — с формированием стомы. Летальных исходов не было. Среднем размере дефекта потребовавшего хирургического лечения был больше, чем размер перфорации ушитый с помощью клипс ($16,2 \pm 15,8$ мм vs $8,03 \pm 6,7$ мм соответственно $p=0,015$). Стаж работы врача не оказывал достоверного воздействия на частоту перфорации и вероятность закрытия ее с помощью клипс.

Выводы

Для перфорации при ДК характерен более пожилой возраст пациента, больший размер и левосторонняя локализация дефекта. Эндоскопическое лечение методом наложения клипс успешно применяется в половине случаев перфорации. Факторами риска хирургического лечения является перфорация при диагностической колоноскопии, больший размер перфорационного отверстия и отсроченный характер перфорации.

ХОЛОДНАЯ ПОЛИПЭКТОМИЯ: ЗА И ПРОТИВ?

Агейкина Н. В.¹, Николайчук Т. В.¹, Олейникова Н. А.², Мальков П. Г.², Данилова Н. В.², Харлова О. А.²

¹ клиника «Медси на Ленинском проспекте»

² МНОЦ МГУ

г. Москва

Эндоскопическое удаление доброкачественных эпителиальных образований толстой кишки является эффективной мерой профилактики колоректального рака. Все большее распространение находит метод холодной петлевой полипэктомии в связи простотой его применения и доступностью. Но является ли он безопасным и радикальным вмешательством в рутинной практике при диагностической колоноскопии?

Цель

Оценка эффективности и безопасности метода холодной полипэктомии при удалении эпителиальных образований толстой кишки менее 10 мм.

Материалы и методы

С июня 2018 года по сентябрь 2019 года у 84 пациентов (м - 23; 27,38% и ж — 61; 72,62%) в возрасте от 26 до 81 года (средний возраст $54,8 \pm 11,7$ лет) во время диагностической колоноскопии в амбулаторных условиях было выявлено 109 эпителиальных образований толстой кишки. Размер образований не превышал 10 мм в наибольшем поперечном размере, эндоскопических признаков дисплазии тяжелой степени и рака выявлено не было — это являлось критериями отбора для удаления методом холодной петлевой полипэктомии. Образования были удалены методом холодной петлевой полипэктомии при помощи петель производства компании Olympus серповидной и овальной форм 20, 25 и 30 мм. С целью оценки радикальности проведенного вмешательства выполнялась визуальная эндоскопическая оценка краев и дна пострезекционного дефекта слизистой. Завершением удаления считалось отсутствие остаточной ткани и полная остановка капиллярного кровотечения. Все образования были извлечены и направлены на гистологическое исследование.

Результаты

Большая часть эпителиальных образований, 71 (65,14%), были локализованы в правой половине толстой кишки, 37 (33,94%) — в левой половине и одно (0,92%) — в прямой кишке. В 71,56% (78/109) случаев образования имели плоско-возвышенную макроскопическую форму, типа 0-IIa, в 28,44% (31/109) случаев — полиповидную форму, тип 0-Is. Все образования были удалены методом холодной петлевой полипэктомии без предварительного введения физиологического раствора в подслизистый слой, что способствовало большей тактильной чувствительности при закрытии петли (Рис. 1).

Отсутствие термического воздействия на ткань, в отличие от горячих методов удаления, обеспечивало адекватную оценку краев пострезекционного дефекта на наличие остаточной ткани. Единым блоком за одно закрытие петли было резецировано 92,66% (101/109) образований; в 7,34% (8/109) случаев определялась остаточная ткань, для удаления которой были дополнительно использованы биопсийные щипцы. Незначительное капиллярное кровотечение (непосредственное кровотечение) наблюдалось во всех случаях и останавливалось самостоятельно в течение 2 минут. В 2,75% (3/109) случаях его длительность достигала 5–7 минут (пациенты принимали антикоагуляционную терапию), что являлось показанием к профилактическому клипированию пострезекционных дефектов. Отсроченного

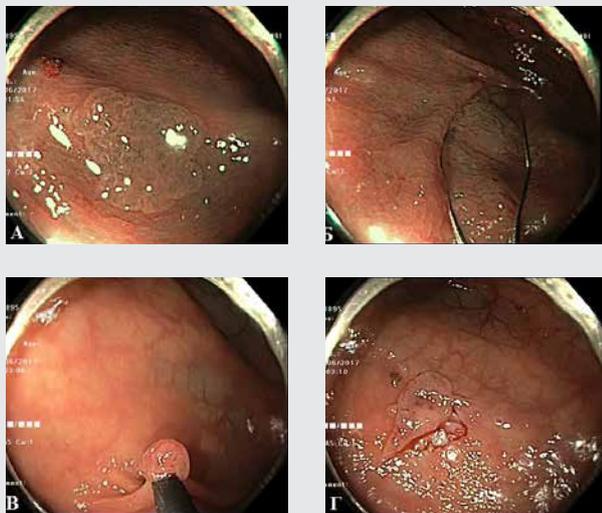


Рис. 1. Этапность метода холодной петлевой полипэктомии.
А. Плоско-возвышенное образование толстой кишки типа 0-IIa
Б. Наложение диатермической петли у основания образования с отступом от его края до 2 мм
В. Формирование «ножки» и отведение захваченного образования от стенки толстой кишки
Г. Резецированное эпителиальное образование в просвете толстой кишки

кровотечения и перфорации не определялось ни в одном случае. По результатам гистологического исследования зубчатый тип строения диагностирован в 63,30% (69/109) случаев, незубчатый в 36,70% (40/109) случаев. В 3 образованиях (2,75%) определен ворсинчатый компонент, фокусов тяжелой степени дисплазии и рака выявлено не было. После вмешательства с пациентами поддерживалась телефонная связь в течение 3х суток, ухудшения состояния пациентов не наблюдалось. В пе-

риод 6–18 месяцев после удаления 16 (14,68%) пациентам была проведена контрольная диагностическая колоноскопия, рецидива заболевания не было.

Заключение

Холодная полипэктомия является эффективным методом удаления эпителиальных образований толстой кишки с низким риском осложнений и может применяться в рутинной эндоскопической практике.

ЛАПАРОКОЛОНОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ТИПА ГАРТМАНА

Андреев А. Л.
ООО «АВА-ПЕТЕР», клиника «Скандинавия»

г. Санкт-Петербург



■ Андреев А. Л.

В Клинике Скандинавия основным методом восстановления проходимости толстой кишки после операции Гартмана является лапароскопический. У трёх пациентов после операции типа Гартмана с длинной культей толстой кишки применили лапароколоноскопический способ восстановления толстокишечной проходимости. Показаниям к проведению такого метода была длинная, извитая куль-

тя толстой кишки, диаметром меньше сшивающей части аппарата. Метод заключался в том, что при проведении лапароскопической операции головку сшивающего аппарата вводили в культю кишки ретроградно с помощью колоноскопа, а сам аппарат — через колостому. После формирования толстокишечного циркулярного анастомоза, линейным сшивающим аппаратом пересекали толстую кишку, идущую к колостоме. Затем иссекали колостому с послынным ушиванием брюшной стенки и выполняли воздушную пробу для проверки герметичности толстокишечного анастомоза. Значимых интра- и послеоперационных осложнений не было.

Вывод

Лапароколоноскопический метод восстановления толстокишечной проходимости после операции типа Гартмана расширяет возможности малоинвазивной хирургии у этой сложной категории пациентов с длинной, извитой культёй толстой кишки.

СЛУЧАЙ CAP POLYPOSIS С ПОРАЖЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Аникина М.С.¹, Абдрахманов С.В.¹, Дробязгин Е.А.^{1,2}

¹ ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

² ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» МЗ РФ

г. Новосибирск

Cap polyposis (CP) — редкое заболевание, впервые представленное Williams et al. в 1985 году, и характеризующееся наличием множественных воспалительных полипов, покрытых фибринозно-гнойным налетом в виде «шапочки», расположенных на фоне визуально неизменной слизистой, с поражением преимущественно прямой или сигмовидной кишки. CP проявляется ректальными кровотечениями с констипацией или диареей. На сегодняшний день в мировой литературе описано около 67 спорадических случаев заболевания. Распространенность <1:1000000. Патогенез недостаточно изучен. Не исключена ассоциация с Hp, ишемией, T-клеточным воспалением и пролапсом слизистой. Основным методом диагностики — эндоскопический. Гистологически определяются не-неопластические поражения, характеризующиеся смешанным воспалительным инфильтратом собственной пластинке. Злокачественного потенциала нет. Терапевтические подходы точно не определены, применяются препараты 5-АСК, глюкокортикоиды, инфликсимаб, эрадикация Hp, борьба с запорами. Хирургические методы (эндоскопическое удаление, резекция толстой кишки) применяются при тяжелом клиническом течении и отсутствии эффекта от терапии. На сегодняшний день в отечественной литературе публикаций, посвященных CP не найдено. Представляем случай CP.

Пациент П., 17 лет, впервые поступил в колопроктологическое отделение ГБУЗ НСО «ГНОКБ» в VIII/2017 с жалобами на тенезмы, жидкий стул 4–5 раз в день. Колоноскопия, выполненная на догоспитальном этапе в другом лечебном учреждении, выявила эпителиальное образование прямой кишки LST-GM 0-1a+1s типа. Семейный анамнез не отягощен. Данные лабораторных анализов в пределах нормы. ЭГДС без особенностей, Hp —. Колоноскопия VIII/2017 в ГНОКБ: в прямой кишке на фоне неизменной слизистой множественные, не поддающиеся подсчету, гиперемированные полиповидные эпителиальные образования на широком и зауженном основаниях размерами 5–25 мм с фибринозно-гнойными налетами на поверхности, толстая кишка и терминальный отдел подвздошной кишки не изменены. Образования расценены как аденоматозные, проведена петлевая электроэксцизия наиболее крупных образований (Рис. 1). Гистологически выявлены гиперпластические полипы (Рис. 2). Поставлен диагноз: Воспалительная псевдоопухоль прямой кишки. Проведена инфузионная, антисекреторная, гемостатическая терапия. Назначен сульфасалазин ректально.

На контрольной колоноскопии в X/2017 был выявлен

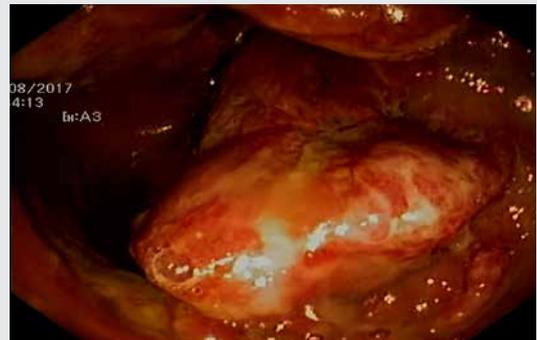


Рис. 1

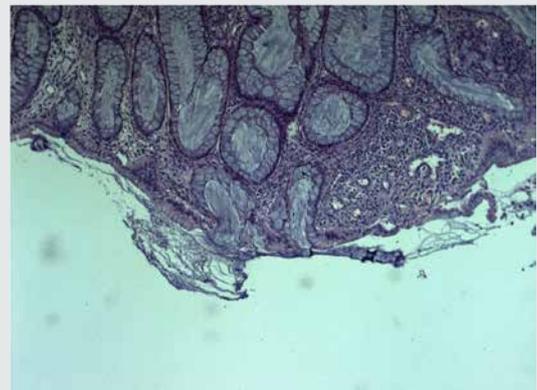


Рис. 2

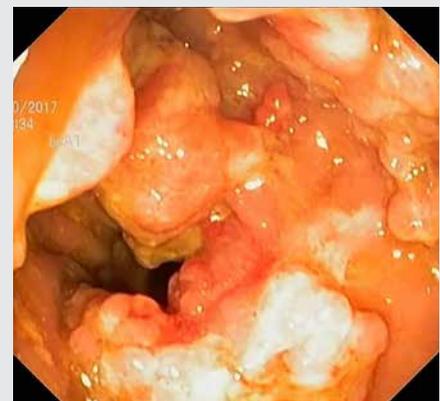


Рис. 3

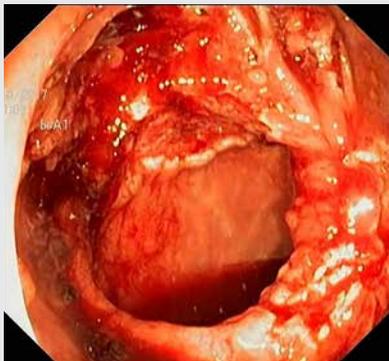


Рис. 4

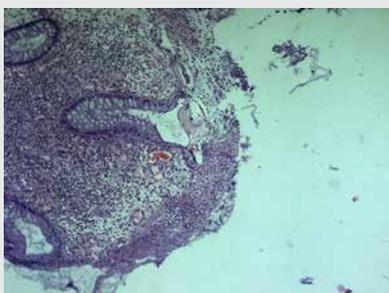


Рис. 5



Рис. 6



Рис. 7

местный рецидив (Рис. 3), проведена повторная петлевая электроэксцизия (Рис. 4), терапия сульфазалазином продолжена.

Контрольный осмотр с повторной электроэксцизией проведен в ХШ/2017. Гистологически образования представлены гиперпластическими полипами с повышенным ослизнением и грануляционной тканью (Рис. 5). Положительная динамика отмечена в Ш/2018. В VI/2018 на фоне рубцов в прямой кишке отмечаются единичные диминутивные ярко гиперемированные образования 3–4 мм с фибринозно-гнойными налетами, проведена щипцовая полипэктомия. Контрольный осмотр VIII/2019 выявил аналогичную эндоскопическую картину, проведена холодная петлевая резекция рецидивных образований (Рисунки 6,7). Ретроспективно пациенту поставлен диагноз СР.

Выводы

СР является редкой патологией с распространенностью <1:1000000, но может встретиться в рутинной практике врача-эндоскописта. Необходимо проводить дифференциальную диагностику СР с воспалительными полипами при ВЗК и аденоматозными полипами, в том числе в составе наследственных полипозных синдромов. Гистологически определяются не-неопластические поражения, характеризующиеся смешанным воспалительным инфильтратом собственной пластинки. Полипы при СР не имеют злокачественного потенциала, заболевание имеет благоприятный прогноз и даже склонно к самоисцелению, поэтому важно воздерживаться от активной хирургической тактики в отношении СР.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ МАГНИТНЫМИ ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Аникина М.С., Дробязгин Е.А.
ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

г. Новосибирск

Проглатывание двух и более магнитов или магнитов совместно с другими металлическими предметами является серьезной угрозой для здоровья и даже жизни пациента, ввиду возможности образования пролежней, перфораций и свищей за счет способности притяжения инородных тел такого типа, расположенных в различных сегментах нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Это становится причиной образования свищей, перфораций, кишечной непроходимости и перитонита. Данная клиническая ситуация требует раннего хирургического вмешательства. При этом практике у многих таких пациентов диагностика и лечение бывают в разной степени отсрочены.

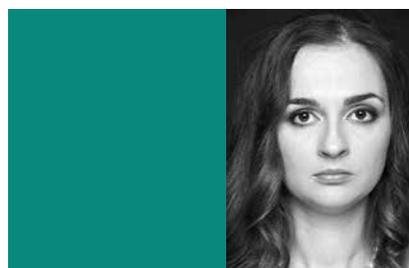
В нашей клинической практике в 2019 году встретились два пациента с множественными магнитными инородными телами нижних отделов желудочно-кишечного тракта.

Случай 1

Мальчик в возрасте 2 года 3 месяца был доставлен родителями в приемный покой ГБУЗ НСО «ГНОКБ» с жалобами на слабость, боли в животе, гипертермию, рвоту съеденной пищей. Данные жалобы отмечались в течение трех дней. Информации о факте проглатывания инородных тел родители предоставить не могли, однако указывали, что ребенок часто играл с магнитами и металлическим конструктором без присмотра взрослых. До настоящего момента ребенок рос и развивался согласно возрасту, на диспансерном учете не состоял, травм и операций не было. При пальпации живота отмечались положительные перитонеальные симптомы.

Пациенту выполнена обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости, на которой выявлены множественные (12 штук) инородные тела металлической плотности и уровни жидкости, признаков пневмоперитонеума не обнаружено (Рис. 1).

Пациенту проведена диагностическая лапароскопия: по правому и левому боковым каналам гнойный выпот с пузырьками газа, брюшина гиперемирована, инъецирована сосудами. Выполнена срединная лапаротомия: в брюшной полости диффузно гнойно-фибринозный выпот в большом количестве, брюшина утолщена, инъецирована сосудами, петли тонкой кишки расширены, с на-



■ Аникина М.С.

летами фибрина. При ревизии тонкой кишки на 170 см от связки Трейтца обнаружена перфорация диаметром 5 мм с конгломератом инородных тел в просвете кишки, проведена энтеротомия, из кишки извлечены 18 инородных тел, включавших гайки и магниты.

При дальнейшей ревизии обнаружено 2 перфорации диаметром по 5–6 мм на 180 см от связки Трейтца, а на 185 см — участок предперфорации на противобрыжеечном крае кишки и дефект брыжейки размерами 5 мм. В свободной брюшной полости визуализирован еще один конгломерат инородных тел, состоящий из пяти предметов: магнитов, гаек и стеклянного кристалла, инородные тела извлечены. Все перфорации ушиты двурядными швами. Предперфорация перитонизирована, дефект брыжейки ушит Z-образным швом.

При ревизии толстой кишки в нисходящей ободочной кишке пальпируются инородные тела (гайки), в преампулярном отделе передней стенки прямой кишки обнаружено еще 2 перфорации диаметром 5 мм с осадненными некротизированными краями, там же обнаружено еще 2 гайки — удалены.

Учитывая наличие распространенного гнойно-фибринозного перитонита и выраженной инфильтрации стенки прямой кишки ввиду высокого риска несостоятельности анастомоза, было выполнено ушивание двурядными швами перфораций прямой кишки, наложена петлевая десцендостомы, брюшная полость дренирована. Дальнейшее лечение проводилось в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

Послеоперационный период осложнился присоединением госпитальной пневмонии. При контрольной рент-



Рис. 1



Рис. 2

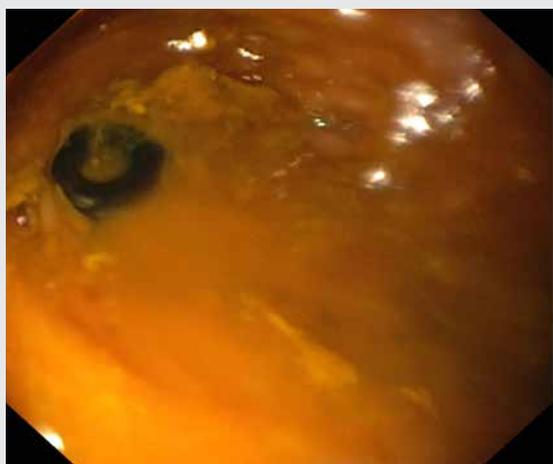


Рис. 3



Рис. 4

генографии органов брюшной полости на вторые сутки после операции было выявлено еще 3 инородных тела металлической плотности (гайки) — Рис. 2. Одно инородное тело вышло спонтанно, однако тени двух оставшихся инородных тел сохранялись в проекции правой подвздошной области на протяжении 10 суток.

Учитывая риски формирования пролежней и перфорации кишечника, а так же необходимости дифференциальной диагностики инородного тела толстой кишки и свободной брюшной полости на 12 сутки после оперативного вмешательства была запланирована колоноскопия через приводящий отдел колостомы. При подготовке очистительными клизмами еще одно инородное тело вышло самостоятельно.

На 12е сутки выполнена колоноскопия. Из-за малого диаметра колостомы осмотр проведен аппаратом Olimpus GIF Q150, при инсуффляции CO₂. Подготовка неадекватная: BBPS3 балла (1–1–1), потребовалось длительное отмывание просвета толстой кишки. Аппарат проведен в слепую кишку и далее в терминальный отдел подвздошной кишки. В просвете слепой кишки визуализировано инородное тело — металлическая гайка диаметром 5 мм (Рис. 3), которая извлечена при помощи сетчатого захвата. Других инородных тел не обнаружено. Осложнений колоноскопии не было.

Продолжена антибактериальная терапия по поводу продолжающейся госпитальной пневмонии. Полное клинико-рентгенологическое выздоровление от пневмонии достигнуто на 17-е сутки после оперативного лечения. Пациент выписан с выздоровлением. Продолжительность госпитализации составила 19 койко-дней.

Случай 2

Мальчик в возрасте 2 года 4 месяца доставлен в ГБУЗ НСО «ГНОКБ» по линии санитарной авиации. Со слов родителей, 8 дней назад ребенок проглотил магнитные шарики. На третьи сутки в связи с появлением болей в животе обратились в районную больницу по месту жительства, где на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости в проекции правой подвздошной области было выявлено инородное тело металлической плотности.

Пациенту были даны рекомендации по приему слабительных средств. Однако на сериях рентгенограмм положение инородных тел не менялось. При поступлении состояние пациента было удовлетворительным, при пальпации живот доступен глубокой пальпации во всех отделах, объемных образований не определялось, перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика активная. Стул был накануне, оформленный, без патологических примесей. В общем анализе крови отмечался лейкоцитоз $10,3 \cdot 10^9/\text{л}$, других изменений лабораторных показателей не было.

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости в правой подвздошной области визуализируется группа инородных тел (6 шариков металлической плотности, расположенные цепочкой) — Рис. 4. Проведена подготовка к колоноскопии очистительными клизмами.

На 9е сутки после факта проглатывания инородных тел выполнена колоноскопия. Осмотр проведен аппаратом Olympus CF 150L, при инсуффляции CO₂. Качество подготовки толстой кишки к исследованию неадекватное:



Рис. 5



Рис. 6

BBPS4 балла (1–2–1). Аппарат проведен в слепую кишку, где на латеральной полуокружности кишки визуализирован дефект стенки с ровными краями с налетами фибрина, из которого в просвет кишки выступали 2 магнитных шарика диаметром 3 мм (Рис. 5). Инородные тела взяты сетчатым захватом, при тракции инструментом в просвет слепой кишки низведены еще 4 аналогичных шарика, плотно сцепленные между собой в виде «цепочки» (Рис. 6).

Дефект стенки слепой кишки приобрел щелевидную форму, поступления крови и патологических жидкостей не было. Инородные тела извлечены из толстой кишки. Учитывая отсутствие перитонеальных симптомов, общее удовлетворительное состояние пациента, было решено провести динамическое наблюдение.

Состояние пациента оставалось удовлетворительным, отмечалось снижение лейкоцитоза до $6,3 \cdot 10^9/\text{л}$. На четвертые сутки пациент выписан с выздоровлением. Продолжительность госпитализации составила 5 койко-дней.

Выводы

Проглатывание двух и более магнитных инородных тел или магнитных инородных тел в сочетании с металлическими инородными телами является серьезной угрозой жизни и здоровья пациентов. Наиболее уязвимой группой являются дети раннего возраста.

Среди населения сохраняется низкая осведомленность о высокой опасности применения магнитных предметов в игровой деятельности. Причиной отсроченной диагно-

стики и лечения в наших случаях послужило позднее обращение родителей за медицинской помощью.

Обзорная рентгенография брюшной полости не является надежным методом определения положения магнитных инородных тел.

Общее удовлетворительное состояние пациента не дает гарантии отсутствия осложнений. Подготовка пациентов раннего возраста к колоноскопии остается трудной задачей.

ВЛИЯНИЕ ПСЕВДОПОЛИПОЗА НА РАЗВИТИЕ КОЛИТ-АССОЦИИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Архипова О. В., Скридлевский С. Н., Веселов В. В.
ФГБУ «ГНЦК им. А. Н. Рыжих» МЗ РФ

г. Москва



■ Архипова О. В.



■ Скридлевский С. Н.



■ Веселов В. В.

Введение

Пациенты с длительным анамнезом язвенного колита (ЯК) подвержены высокому риску развития колит-ассоциированной дисплазии и рака толстой кишки (РТК)[1,2]. Для выявления которых, согласно рекомендациям международного консенсуса, контрольные колоноскопии следует проводить через равные промежутки времени [3,4]. Ведущие европейские рекомендации стратифицируют пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) на группы с низким, средним или высоким риском развития РТК, основываясь на ряде факторов, в число которых входит наличие поствоспалительных полипов[3–5]. Данные полипы обычно носят название псевдополипов, которые встречаются в 20% — 45% случаев у пациентов с ЯК[6,7,8,9] Однако, по результатам ретроспективного когортного исследования у пациентов с ЯК, которые прошли эндоскопическое наблюдение, поствоспалительные полипы не являлись предиктором как развития колит-ассоциированной неоплазии, так и предиктором прогрессирования дисплазии низкой степени до дисплазии высокой степени или РТК[8,10]. В 2019 г. Mahmoud R. и соавторы опубликовали результаты многоцентрового ретроспективного когортного исследования, согласно которым, наличие псевдополипов было связано с большей тяжестью и степенью воспаления толстой кишки и, соответственно, повышением риска колэктомии, но не имело никакого отношения к развитию РТК. Исходя из этого, авторы исследования предположили, что пациентам с ЯК не следует сокращать интервалы наблюдения только на основании наличия псевдополипов [11]. Несмотря на опубликованные исследования, до сих пор существуют разногласия относительно того, является ли наличие поствоспалитель-

ных полипов фактором риска развития колит-ассоциированной дисплазии. Уточнение этого риска имеет большое значение для определения временных интервалов при назначении контрольных колоноскопий у пациентов данной группы.

Целью нашей работы является оценка псевдополипоза как фактора, повышающего риск развития дисплазии эпителия толстой кишки у пациентов с ЯК.

Материалы и методы

В отделении эндоскопической диагностики и хирургии совместно с отделением патоморфологии проведено проспективное исследование с ноября 2017 г. по июнь 2019 г., в которое было включено 150 пациентов, соответствующих следующим критериям: длительность заболевания ЯК не менее 6 лет, эндоскопическая ремиссия заболевания (0 степень по классификации Shroeder), адекватная подготовка толстой кишки (по Бостонской шкале). Средний возраст пациентов составил 48,4 лет (20–82 лет), соотношение мужчин и женщин — 70/80. Длительность заболевания ЯК составила от 6 до 54 лет, в среднем — 16 лет.

Всем пациентам выполнялась колоноскопия в белом свете видеокколоноскопами высокого разрешения с последующей оценкой слизистой оболочки в узком спектре света, а также поэтапной хромоэндоскопией с использованием распыляемого красителя (0,4% раствор индигокармина) по стандартной методике через спрей-катетер, из образований с эндоскопическими признаками дисплазии выполнялась прицельная биопсия. Гистологическая обработка биоптатов выполнялась по стандартной методике. Проводилась морфологическая верификация выяв-

ленных образований и их классификация по Riddell R[16]. Для сравнительного анализа полученных данных использовался двусторонний точный критерий Фишера.

Результаты

Частота выявления диспластических изменений эпителия толстой кишки составила 15% (22 пациента). Средний возраст пациентов этой группы составляет 49,6 лет. Соотношение мужчин и женщин — 10:12. Средняя длительность анамнеза ЯК — 15 лет (7–35 лет). Анализ данных гистологического исследования показал, что у 21 пациента (99%) была выявлена дисплазия низкой степени (low grade dysplasia), дисплазия высокой степени (high grade dysplasia) — у одного пациента (1%). Изменения слизистой оболочки, неопределенные по дисплазии, выявлены у 5 пациентов (3%). Неопределенные изменения были исключены из статистического анализа, так как в данных случаях нельзя с уверенностью говорить о наличии или отсутствии дисплазии.

Частота встречаемости псевдополипов у 150 пациентов составила 33,3% (50 пациентов). У пациентов с гистологически подтвержденной дисплазией только у 6 пациентов из 22 диагностировано наличие псевдополипов (27,3%). Сравнительный анализ полученных данных: относительный риск (ОР/RR)= 0,75, 95% ДИ 0,313–1,8, отношение шансов (ОШ)= 0,72, абсолютный риск в основной группе (EER)= 0,120, абсолютный риск в контрольной группе (CER) = 0,160, двусторонний точный критерий Фишера (P)= 0,063 $p > 0,05$, коэффициент сопряженности Пирсона (C)= 0,053.

Выводы

Анализ результатов проведенного нами исследования показал, что наличие псевдополипов у пациентов с длительным анамнезом язвенного колита не является фактором, связанным с развитием колит-ассоциированной дисплазии. Тем самым, псевдополипоз не стоит учитывать при оценке группы риска пациентов с ЯК.

Литература

1. Jess T, Rungoe C, Peyrin-Biroulet L. Risk of colorectal cancer in patients with ulcerative colitis: a meta-analysis of population-based cohort studies. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012;10:639–645.
2. Lutgens M, van Oijen M, van der Heijden G, et al. Declining risk of colorectal cancer in inflammatory bowel disease: an updated meta-analysis of populationbased cohort studies. *Inflamm Bowel Dis* 2013;19: 789–799.
3. Laine L, Kaltenbach T, Barkun A. et al. SCENIC International Consensus Statement on Surveillance and Management of Dysplasia in Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology*. 2015;148:639–651.
4. Farraye FA, Odze RD, Eaden J, et al. AGA medical position statement on the diagnosis and management of colorectal neoplasia in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2010;138:738–745.
5. Annese V, Daperno M, Rutter MD, et al. European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis* 2013;7:982–1018.
6. Rutter M, Saunders B, Wilkinson K, et al. Severity of inflammation is a risk factor for colorectal neoplasia in ulcerative colitis. *Gastroenterology* 2004;126:451–459.
7. Velayos FS, Loftus EVJ, Jess T, et al. Predictive and protective factors associated with colorectal cancer in ulcerative colitis: a case-control study. *Gastroenterology* 2006;130:1941–1949.
8. Choi CR, Al Bakir I, Ding NJ, et al. Cumulative burden of inflammation predicts colorectal neoplasia risk in ulcerative colitis: a large single-centre study. *Gut* [https:// doi.org/10.1136/gutjnl-2017-314190](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2017-314190). E-pub ahead of print.
9. Rutter MD, Saunders BP, Wilkinson KH, et al. Cancer surveillance in longstanding ulcerative colitis: endoscopic appearances help predict cancer risk. *Gut* 2004; 53:1813–1816.
10. Choi CR, Ignjatovic-Wilson A, Askari A, et al. Low-grade dysplasia in ulcerative colitis: risk factors for developing high-grade dysplasia or colorectal cancer. *Am J Gastroenterol* 2015;110:1461–1471.
11. Mahmoud R, Shah S, et al. No association between pseudopolyps and colorectal neoplasia in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 2019 Apr;156(5):1333–1344.e3.

ДИАГНОСТИКА СИДЯЧИХ ЗУБЧАТЫХ АДЕНОМ С ПОМОЩЬЮ КОНФОКАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЭНДОМИКРОСКОПИИ

Борсук А. Д., Дриго С. А., Побединский А. А.
ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»

г. Гомель, Беларусь



■ Борсук А. Д.



■ Дриго С. А.



■ Побединский А. А.

Введение

Одной из важных проблем в гастроэнтерологии, привлекающей повышенное внимание эндоскопистов и морфологов, представляет диагностика сидячих зубчатых аденом (sessile serrated adenomas — SSA). Учитывая высокий риск малигнизации, зубчатые аденомы при их обнаружении подлежат обязательному удалению. При выполнении рутинной эндоскопии в белом свете данный тип колоректальных неоплазий сложно дифференцировать от неопухолевого ткани. Неправильная эндоскопическая интерпретация может иметь негативные последствия в виде развития интервального колоректального рака (КРР).

Новые технологии в медицине дают возможность в значительной степени повысить диагностическую точность проводимых исследований. Конфокальная лазерная эндомикроскопия (КЛЭМ) является методом диагностики, позволяющим исследовать ткани на клеточном уровне в состоянии физиологической жизнедеятельности и установить правильный диагноз во время эндоскопического исследования. В основе метода лежит способность тканей к флуоресцентному свечению при сканировании их лазером после введения в организм экзогенного флуорофора.

Цель

Изучить эндомикроскопические критерии SSA.

Материалы и методы

В исследование были включены 17 пациентов с морфологически верифицированными SSA в анамнезе. Возраст и пол пациентов не учитывались. Для исследования использовалась эндомикроскопическая система Cellvizio 100, представленная конфокальным лазерным сканиру-

ющим блоком, рабочей станцией с программным обеспечением и конфокальными датчиками, проводимыми через инструментальный канал видеоколоноскопа. Выполнялось сканирование нормальной слизистой оболочки (СО) толстой кишки (ТК) и обнаруженных полиповидных образований.

После выполнения КЛЭМ все образования были удалены методом «холодной» петлевой эксцизии (для исключения термического повреждения тканей) и извлечены для гистологического исследования. Для анализа эндомикроскопических изображений использовались критерии, позволяющие дифференцировать нормальную СО, образования ТК, основываясь на архитектонике желез, клеточных и сосудистых изменениях (классификация Майами, 2009). Полученные результаты сопоставлялись с данными гистологических исследований.

Результаты

Всего было обнаружено 24 полиповидных образования. Размеры поражений варьировали от 6 мм до 11 мм. Семнадцать поражений (70,8%) были расположены в правых отделах ободочной кишки (проксимальнее селезеночного изгиба), шесть (25,0%) — в левых отделах, одно (4,2%) — в прямой кишке. После выполнения КЛЭМ качественные изображения анализировались. Использование классификации Майами позволило выявить признаки, отличающие разные типы колоректальных полипов. Из 24 поражений 19 (79,1%) были определены как SSA, 4 (16,7%) — как тубулярные аденомы (ТА), 1 (4,2%) — как гиперпластический полип (ГП).

На всех конфокальных изображениях SSA отсутствовала нормальная клеточная и железистая архитектоника эпителия толстой кишки, имеющего железы одинакового размера с правильными округлыми просветами

и равномерным слоем клеток. В SSA наблюдались тонкие ветвящиеся (папоротниковидные), неодинакового размера железы. Отмечалось увеличение количества и неравномерное распределение бокаловидных клеток (БК), увеличение количества содержащегося в них муцина (на изображениях клетки имели вид больших, с четкими контурами черных сфер). БК обнаруживались в эпителиальных слоях вдоль ветвящихся желез.

Для ГП были характерны расширенные, щелевидной или звездчатой формы просветы желез, нормальное количество и равномерное распределение бокаловидных клеток с небольшим содержанием муцина.

Появление на изображениях тубулярных структур, утолщение эпителиальной выстилки, деформация желез свидетельствовало о наличии ТА. При сопоставлении эндомикроскопических данных с результатами гистологических исследований имело место одно расхождение.

Заключение

Таким образом, полученные в результате исследования данные продемонстрировали высокую диагностическую точность КЛЭМ в определении типов колоректальных поражений. Метод позволяет идентифицировать SSA во время эндоскопического исследования и определить тактику.

ЗУБЧАТЫЕ НЕОПЛАЗИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Верещак В. В., Малихова О. А., Карасев И. А., Малихов А. Г., Поддубный Б. К.
НМИЦ онкологии им.Н.Н.Блохина МЗ РФ

г. Москва

Колоректальный рак (КРР) входит в тройку наиболее распространенных видов рака по заболеваемости раком и смертности в большинстве западных стран.

Зубчатая аденокарцинома (ЗА) является недавно описанным вариантом КРР, на который приходится около 7,5% всех случаев и до 17,5% КРР проксимальных отделов толстой кишки. Более тщательный анализ морфологических и генетических характеристик позволил предположить, что они содержат наряду с гиперпластическими и диспластическими аденоматозными изменениями. ЗА имеет спорадический характер и преобразуется из зубчатых неоплазий, которые имеют значительный злокачественный потенциал.

Гиперпластические полипы, сидячие зубчатые аденомы и традиционные зубчатые аденомы являются составляющими так называемого зубчатого пути развития КРР, который отличается от обычных аденом; характеризуется вовлечением онкогенной BRAF мутации, избыточным метилированием CpG островков и микросателлитом ДНК низкого или высокого уровня нестабильности (MSI).

Трудности диагностики зубчатых неоплазий сохраняются и по сей день. Основанные на применении технологий телевидения высокой четкости (HD+) и дополненные арсеналом новых технических и технологических решений (NBI, i-Scan, ZOOM, функция близкого фокуса и др.) современные видеэндоскопы расширяют визуализационные возможности колоноскопии, позволяя специалистам решать все более и более сложные диагностические задачи,

вплоть до получения результатов, сопоставимых с таковыми при морфологическом исследовании образцов ткани из патологических очагов.

За период с апреля 2019 по январь 2020 в «НМИЦ онкологии» им. Н.Н. Блохина с помощью инновационного эндоскопического оборудования Fujifilm ELUXEO было выявлено 86 зубчатых аденом и 1 случай зубчатой аденокарциномы. Данные эндоскопические системы оснащены 4-светодиодной технологией Multi Light. Эта технология использует четыре отдельных светодиодных лампочки, размещенных в интегрированном источнике света, который генерирует и комбинирует световые волны различной длины, что позволяет проводить исследования в режиме белого света, отображение синего света (BLI) и связанного изображения цвета (LCI).

Наибольший вклад в улучшение диагностики зубчатых неоплазий толстой кишки привнес осмотр в режиме LCI, который по сравнению с режимом белого света, имеет оптимальный спектр освещения и последующая обработка изображения позволяет более эффективно различать цвета красного спектра. Заложенные в процессор алгоритмы подчеркивают небольшие различия между разными оттенками цветов. Таким образом, изначально красные участки изображения становятся краснее, а изначально розовые — бледнее, при этом сохраняя первоначальный тон, что позволяет четко визуализировать неоплазии и проводить дифференциальную диагностику между гиперпластическими полипами, зубчатыми аденомами на широком основании и традиционными зубчатыми аденомами.



Рис. 1. Зубчатая аденома толстой кишки



Рис. 2. Зубчатая аденома толстой кишки



Рис. 3. Зубчатая аденома толстой кишки

СЛУЧАЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ ГЕТЕРОТОПИИ В ПРЯМОЙ КИШКЕ

Веселов В. В., Пирогов С. С., Водолеев А. С., Перфильев И. Б., Сухин Д. Г., Карпова Е. С., Беляева Т. В., Погорелов Н. Н.
МНИОИ им. П. А. Герцена

г. Москва

Введение

Гетеротопия (от греч. Heteros — иной и topos — место) это атипичная локализация тканей или частей органов, т. е. наличие их на необычном для них месте. Понятие желудочной гетеротопии подразумевает наличие участка слизистой оболочки желудка в нефизиологическом для нее органе, который сосуществует вместе с исходной тканью.

Гетеротопия возникает вследствие миграции клеток одного из зародышевого листка в другой, смещения клеток в пределах данного зародышевого листка или вторичного смещения органов. Некоторые авторы считают, что гетеротопия является результатом повреждений или изменений дифференцировки тканей на ранних стадиях развития, но не следствием превращения одной ткани в другую (метаплазия) после окончательного формирования организма.

Желудочная гетеротопия может возникать в любом отделе желудочно-кишечного тракта, будь то пищевод, двенадцатиперстная кишка или тонкая кишка, но наиболее часто она встречается в дивертикуле Меккеля. Также описаны случаи желудочной гетеротопии в других органах, таких как средостение, мошонка и даже в ткани спинного мозга.

Что касается желудочной гетеротопии в прямой кишке, то это довольно редкая локализация, и в мировой литературе описано всего 73 таких наблюдения. Макроскопически желудочная гетеротопия в прямой кишке может проявляться как полип, язва или дивертикул.

Желудочная гетеротопия в настоящее время, согласно литературным данным, считается предраковым заболеванием, приводящим к развитию аденокарциномы.

Цель

Демонстрация редкого клинического наблюдения: гетеротопия слизистой оболочки желудка в прямой кишке.

Материал и методы

Пациент К., 40 лет, в течение нескольких лет отмечал жалобы на чувство «жжения» в прямой кишке, в связи с чем обращался к проктологу и урологу. При колоноскопии, выполненной по месту жительства, у пациента был выявлен «полип прямой кишки», и он был направлен в эндоскопическое отделение МНИОИ им. П. А. Герцена с для уточняющей диагностики и определения лечебной тактики. Биопсия образования не выполнялась.

Результаты

При колоноскопии в МНИОИ им. П. А. Герцена было выявлено, что в прямой кишке на расстоянии 4 см от ануса имеется незначительно возвышающееся стелющееся образование размерами 1,5 на 0,6 см ярко-красного цвета. При осмотре в режиме аутофлуоресценции — без патологического свечения. При осмотре в режиме NBI HD с овальными ямками и четко визуализируемыми желудочными полями (рис.1), что может характеризовать секреторирующий фундальный тип желудочной слизистой оболочки. В связи с наличием потенциала малигнизации и жалоб пациента на «чувство жжения» в прямой кишке, обусловленное секрецией кислоты, было принято решение выполнить эндоскопическую резекцию образования. Первым этапом выполнено наложение гидравлической подушки под образованием с использованием раствора Волювена. Затем с применением диатермической петли было произведено удаление образования единым блоком, сформирован пострезекционный язвенный дефект размерами до 2*1 см, дном которого являлся подслизистый слой стенки кишки (рис. 2). Удаленное образование было направлено на морфологическое исследование и диагноз гетеротопии слизистой оболочки фундального типа с типичными железами с обкладочными клетками был подтвержден.

При контрольной колоноскопии через 1 год в зоне проведенного эндоскопического вмешательства был визуализирован линейный рубец, длиной до 1,5см, белесый, признаков рецидива не обнаружено.

Выводы

Представленный клинический случай описывает довольно редкую локализацию гетеротопии слизистой оболочки желудка в прямую кишку, представленной в виде полиповидного образования.



Рис. 1



Рис. 2

РЕЦИДИВ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ: ПРИЧИНЫ, ФАКТОРЫ РИСКА И ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДСКОПИИ

Водолеев А. С.¹, Пирогов С. С.¹, Кряжев Д. Л.², Сидоров Д. В.¹, Карпова Е. С.¹, Сухин Д. Г.¹, Веселов В. В.¹, Беляева Т. В.¹, Погорелов Н. Н.¹
¹МНИОИ им. П. А. Герцена, филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ
²Городская клиническая больница им А. К. Ерамишанцева ДЗМ

г. Москва

Колоректальный рак занимает третье место в структуре онкологических заболеваний по частоте выявления и причине смертности. Около 20% пациентов со злокачественными опухолями толстой кишки обращаются за экстренной медицинской помощью с симптомами кишечной непроходимости. В последнее десятилетие для её купирования применяется методика эндоскопического колоректального стентирования. Ранние исследования по стентированию демонстрировали высокую частоту возникновения перфорации толстой кишки, однако в более поздних публикациях был показан приемлемо низкий уровень грозных осложнений и высокие показатели клинического успеха. В то же время, хоть эндоскопическое колоректальное стентирование и ассоциировано со сравнительно меньшей эффективностью, в сравнении с паллиативным разгружающим хирургическим вмешательством, метод, в подавляющем большинстве наблюдений, определяет более короткие сроки пребывания пациентов в стационаре, уменьшение общей частоты осложнений, отсутствие необходимости формирования колостомы, возможность более раннего начала химиотерапии и улучшение качества жизни.

В результате достижений в медикаментозной терапии, продолжительность жизни пациентов с метастатическим колоректальным раком в последние годы значительно увеличилась; медиана выживаемости пациентов с метастатическим раком ободочной кишки после стентирования составляет 7–20 месяцев. Одновременно с этим, по данным литературы от 1 до 17 процентов пациентов сталкиваются с развитием рецидива кишечной непроходимости. Целью нашего исследования было проанализировать причины данного осложнения, оценить факторы риска и возможности повторных эндоскопических вмешательств.

Были проанализированы данные 147 пациентов с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза, которым в период с декабря 2012 по июнь 2019 года установлено 220 стентов. В исследование не были включены пациенты, которым стентирование выполнялось в качестве подготовки к оперативному вмешательству и пациенты с перфорацией толстой кишки в раннем послеоперационном периоде.

В сроки от 9 до 394 суток 12 пациентов (8,16%) обратились с симптомами кишечной непроходимости. Причи-

Табл. 1. Факторы риска развития рецидива кишечной непроходимости после колоректального стентирования у пациентов

Показатель	Унивариантный анализ
Возраст меньше 75/75 и старше	0.571 95% ДИ 0.195–3.326 p = 0.625
Пол	1.257 95% ДИ 0.785–7.375 p = 0.81
Показатель по ASA 2–3/4	1.087 95% ДИ 0.512–1.578 p = 0.427
Показатель симптомов выраженности симптомов по SCOS <10/10–15	1.756 95% ДИ 0.571–8.276 p = 0.489
Показатель симптомов выраженности симптомов по CROSS3–2/1–0	1.117 95% ДИ 0.547–1.279 p = 0.399
Локализация: прямая / ободочная кишка	7.571 95% ДИ 1.119–27.257 p = 0.027
Опухоль толстой кишки/ инвазия опухоли извне	0.912 95% ДИ 0.595–2.349 p = 0.274
Длина стента <10см/10см и больше	1.51 95% ДИ 0.245–4.251 p = 0.204
Тип стента покрытый/непокрытый	0.781 95% ДИ 0.227–2.34 p = 0.78
Протяженность стриктуры <4 см/4 см и больше	1.27 95% CI 0.195–3.326 p = 0.412
Наличие канцероматоза брюшины	4.497 95% ДИ 0.395–0.501 p = 0.015
длительность симптомов кишечной непроходимости <10 дней/10 и более	2.957 95% ДИ 0.741–6.227 p = 0.125
химиотерапия до стентирования	1.14 95% ДИ 0.164–5.240 p = 0.578
химиотерапия после стентирования	0.428 95% ДИ 0.274–4.244 p = 0.617
опыт эндоскописта менее 20/ 20 и более	1.237 95% ДИ 0.667–2.753 p = 0.765

нами были прорастание стента — 4, миграция стента — 3, окклюзия клетчаткой — 1, обрастание стента — 2, компрессия стента опухолью — 1, пролапсом неизменной стенки толстой кишки в просвет стента — 1.

Мы проанализировали факторы риска развития рецидива толстокишечной непроходимости с применением унивариантного анализа. Данные представлены в табл. 1.

Согласно полученным результатам, был доказано, что факторами риска развития рецидива толстокишечной непроходимости у пациентов после колоректального стентирования являются локализация опухолевой стриктуры в прямой кишке и области ректосигмоанастомоза и перитонеальный канцероматоз.

Из 12 пациентов с рецидивом толстокишечной непроходимости 8 (66,7%) были выполнены повторные эндоскопические вмешательства: рестентирование пациентам с прорастанием / миграцией стентов и реканализацию просвета стента (пациенту с окклюзией клетчаткой). Оперативные вмешательства в объеме колостомии выполнены 4 больным, из них — 2, с прорастанием стента опухолью — в других стационарах.

Выводы

Частота рецидива толстой кишечной непроходимости после эндоскопического колоректального стентирования в нашей работе сопоставима с данными крупных международных исследований. Наиболее частой их причиной являются прорастание и миграция стента. Факторами риска рецидива кишечной непроходимости после колоректального стентирования являются локализация опухолевой стриктуры в прямой кишке и области ректосигмоанастомоза и наличие перитонеального канцероматоза.

В большинстве случаев нам удалось выполнить повторное эндоскопическое вмешательство с хорошим функциональным результатом. Необходимо отметить, что различия в опубликованных непосредственных и отдаленных результатах эндоскопического колоректального стентирования у больных со стенозирующим метастатическим колоректальным раком диктуют необходимость создания единой Федеральной базы данных таких пациентов, анализ которой может позволить избежать осложнений и обосновать выбор лечебной тактики.

СТЕНТИРОВАНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ЛЕЧЕНИИ ОБТУРАЦИОННОЙ ОПУХОЛЕВОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Жданов А. В.¹, Давыдов А. В.¹, Корымасов Е. А.^{1,2}, Лежнев М. А.¹

¹ ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-медица»

² Кафедра хирургии ИПО СамГМУ (зав. кафедрой — проф. Е. А. Корымасов)

г. Самара



■ Жданов А. В.



■ Давыдов А. В.



■ Корымасов Е. А.



■ Лежнев М. А.

Актуальность проблемы

Частота выявления рака ободочной кишки на IV стадии в нашей стране достигает 26.8%. Нередко первым проявлением болезни становится острая обтурационная кишечная непроходимость. В большинстве случаев пациенты подвергаются наложению разгрузочной стомы для спасения жизни. Если в процессе дообследования больной признается неоперабельным, выполненная колостомия становится окончательным вариантом паллиативного лечения, что влечет за собой ухудшение качества жизни больного.

Цель

Анализ первых собственных результатов применения стентирования толстой кишки при толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии.

Материал и методы

Все было пролечено 9 пациентов с опухолью толстого кишечника, осложненной острой обтурационной толстокишечной непроходимостью: у 2 человек опухоль локализовалась в печеночном изгибе ободочной кишки, у 6 в сигмовидной кишке, у 1 больного наблюдалась опухоль прямой кишки. В 3 случаях диагноз был поставлен в результате первичного обращения больного с симптомами кишечной непроходимости, а так же с рентгенологическими проявлениями заболевания (Рис. 1). У 6 пациентов диагноз подтвержден на амбулаторном этапе. Всем пациентам в неотложном порядке выполнялась видеоколоноскопия, в результате которой выявлялась опухоль толстого кишечника в различных его отделах, полностью обтурирующая просвет кишки (Рис. 2). После взятия биоптата струна-про-

водник катетером проводилась через канал опухолевого стеноза, далее производилось контрастирование проксимальных отделов кишечника и рентгеноскопия с целью определения протяженности стеноза. Далее выполнялось заведение доставочного устройства колоректального стента необходимой длины. Предпочтение отдавалось непокрытым стентам диаметром 23мм. После позиционирования доставочного устройства в границах стеноза, производилось раскрытие эндопротеза (Рис. 3). Вся мани-



Рис. 1. Обзорная рентгенография органов брюшной полости. Признаки ОКН



Рис. 2. Поиск канала опухолевого стеноза



Рис. 3. Раскрытие стента в границах опухолевого стеноза



Рис. 4. Внешний вид опухоли сигмовидной кишки во время оперативного вмешательства

пуляция контролировалась при помощи рентгеноскопии. Через 4–8 часов с момента установки стента производили обзорную рентгенографию брюшной полости с целью объективного контроля за состоянием больного. Все больные отмечали улучшение самочувствия в ближайшие часы с момента операции: отмечалось отхождение газов, жидкий стул, купирование болевого синдрома.

В последующие 3–4 дня выполняли дообследование больного (компьютерную томографию брюшной полости, рентгенографию органов грудной клетки для обнаружения отдаленных метастазов). В результате у 3 больных не были выявлены противопоказания к оперативному лечению, и во время этой же госпитализации им было выполнено радикальное хирургическое лечение в объеме резекции пораженного отдела толстой кишки с лимфодиссекцией и наложением первичного анастомоза (Рис. 4). В остальных случаях оперативное лечение было противопоказано, и стентирование толстой кишки было для них

окончательным паллиативным методом лечения, позволившим избежать наложения разгрузочной стомы.

Заключение

Выполнение стентирования толстого кишечника при кишечной непроходимости опухолевой этиологии в неотложном порядке является операцией выбора. Метод позволяет выиграть время для стабилизации состояния больного и направления его на радикальное оперативное лечение, либо, в случае определения противопоказаний к оперативному лечению, становится окончательным методом паллиативной помощи. При этом пациент не нуждается в наложении стомы, что значительно не ухудшает качество его жизни. Активное внедрение данной технологии в хирургических стационарах позволит существенно снизить процент осложнений после экстренных оперативных вмешательств, выполняемых в условиях острой кишечной непроходимости.

КАПСУЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ: ТОЧНЫЙ СПОСОБ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА

Жданов А.В.¹, Корымасов Е.А.^{1,2}, Лежнев М.А.¹, Рожнова М.В.¹

¹ ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-медицина»

² Кафедра хирургии ИПО СамГМУ (зав. кафедрой — проф. Е.А. Корымасов)

г. Самара

Актуальность

Патология тонкого кишечника является одной из наиболее сложных проблем в современной гастроэнтерологии. Средние отделы пищеварительного тракта трудно диагностируются. Нередко болезнь имеет многолетний анамнез и не поддается стандартной диагностике. Между тем частота воспалительных заболеваний тонкого кишечника достигает 25%. Опухоли указанной локализации встречаются в 3–4% случаев всех онкологических заболеваний ЖКТ. Лучевые методы хоть и являются безопасными, но не имеют достаточной диагностической точности в диагностике болезней тонкого кишечника и зачастую, оставляют больше вопросов, чем ответов.

При колоноскопии и гастродуоденоскопии удается осмотреть лишь небольшую часть тонкого кишечника. От применения зондовой энтероскопии отказались ввиду ее длительности и технической сложности. Применение оперативной энтероскопии связано с высоким риском, присущим любым оперативным вмешательствам. Различные виды баллонной энтероскопии являются технически сложными методами, и требуют длительного времени. Таким образом, на первый план в диагностике заболеваний тонкого кишечника выходят такие эндоскопические методы как спиральная энтероскопия, а так же видеокапсульная эндоскопия. Видеокапсульная эндоскопия обладает высокой чувствительностью и специфичностью по отношению к заболеваниям тонкого кишечника, при низком риске развития осложнений.

Цель

Анализ результатов применения видеокапсульной эндоскопии в многопрофильном стационаре, в дифференциальной диагностике заболеваний тонкого кишечника.

Материалы и методы

За период с 2017 по 2019 г. на базе эндоскопического отделения ЧУЗ «КБ «РЖД Медицина» г. Самара» было выполнено 48 исследований методом видеокапсульной эндоскопии. Для работы использованы видеокапсулы фирмы ОМОН и CapsoCam. Показаниями к выполнению видеокапсульной эндоскопии послужили: хроническая анемия неясной этиологии 14(29.1%) случаев; подозрение на острое кишечное кровотечение, при исключении источника в верхних отделах ЖКТ, и источника в тол-

стой кишке 1(2%) случай; хронические боли в животе 22(45.8%) случаев; подозрение на образование тонкой кишки по данным компьютерной и магниторезонансной томографии 3(6%) случая; болезнь Крона 6(12%) случаев. У 3(6%) больных имелось подозрение на нарушение проходимости тонкого кишечника в виде протяженных стриктур, выявленных на энтерографии. Следует отметить, что мы не выполняли видеокапсульную эндоскопию как альтернативный способ колоно и гастроскопии.

В результате применения видеокапсульной эндоскопии был выявлена следующая патология: язвенные дефекты тонкой кишки 3(6%) случая (рис.1), стоит отметить, что энтерография не выявляла патологии и была выполнена всем пациентам в качестве метода диагностики первой



Рис. 1. Капсула CapsoCam. Язва тонкого кишечника



Рис. 2. Капсула ОМОН. Гельминты слепой кишки



Рис. 3. Капсула ОМОН.
Ангиоэктазия тонкого кишечника



Рис. 4. Капсула в сетчатом захвате



Рис. 5. Капсула в ЛДПК

линии, гельминтозы 2(4.1%) случая (рис2), ангиоэктазии слизистой оболочки тонкого кишечника 5(10.4%) пациентов (рис.3). Благодаря качественной визуализации кишечника удалось исключить опухолевые заболевания, выставленные по данным КТ и МРТ у всех пациентов имевших подозрение на указанную патологию. В случае подозрения на стриктуры тонкого кишечника, участков стеноза выявлено не было. Капсула проходила участки тонкого кишечника с предполагаемым сужением без задержек. Частота выявления патологии составила 14.5%. С другой стороны, исключить патологию тонкого кишечника удалось 85% пациентов.

Из сложностей выполнения видеокapsульной эндоскопии был отмечен один случай, когда пациент не смог проглотить капсулу. От исследования пришлось отказаться. В одном случае производили перемещение капсулы из желудка в ДПК по причине ее длительно задержки. Перемещение видеокapsулы производилось при помощи видеогастроскопа и одноразового сетчатого захвата (рис.4, рис. 5). У одной пациентки наблюдалась задержка капсулы в области кишечного анастомоза. В анамнезе была резекция тонкого кишечника по поводу спаечной кишечной непроходимости с наложением анастомоза по типу бок в бок. В этом случае капсула не покидала область анастомоза 6 суток. Положение капсулы контролировалось на рентгене. Через 6 суток произошло самопроизвольное продвижение капсулы.

Заключение

Видеокapsульная эндоскопия является высокоинформативным и безопасным методом исследования тонкого кишечника. Метод обладает низким риском осложнений, позволят с высокой точностью выявлять патологию тонкого кишечника, а так же позволяет исключить заболевания, которые были заподозрены в результате лучевых методов исследования.

ИСТОЧНИКИ ТОНКОКИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ И ИХ ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Иванова Е. В.^{1,2}, Тихомирова Е. В.^{1,3}, Будыкина А. В.¹, Федоров Е. Д.^{1,4}

¹ ФГАОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ

² Отделение эндоскопии Медицинского центра Петровские ворота

³ ГБУЗ ГКБ № 17 ДЗМ

⁴ ГБУЗ ГКБ № 31 ДЗМ

г. Москва



■ Иванова Е. В.



■ Тихомирова Е. В.



■ Федоров Е. Д.

Введение

Диагностика источников тонкокишечного кровотечения (ТКК) — актуальная проблема для врачей разных специальностей [1,3,6]. Среди широкого спектра источников ТКК наиболее часто встречаются сосудистые мальформации, опухоли и эрозивно-язвенные энтеропатии [5,7]. Известно, что сосудистые мальформации чаще встречаются у пожилых пациентов; опухоли, эрозивно-язвенные энтеропатии и дивертикул Меккеля — у молодых пациентов [2,4]. Однако, несмотря на разнообразие источников ТКК, их клиническая картина схожа и проявляется признаками явного, либо скрытого кровотечения [3,6]. Задачей исследования явилось изучение частоты встречаемости источников ТКК и характерных клинических особенностей, в зависимости от источника.

Материал и методы

В период с 14.02.2007 г. по 15.02.2018 г. из 578 пациентов, поступивших в стационар с подозрением на заболевание тонкой кишки, 221 (38.4%) пациент был обследован в связи с подозрением ТКК: мужчин — 115 (52.0%) и женщин — 106 (48.0%), в возрасте от 18 до 89 лет (средний возраст 52.2 ± 18.4 лет). Клиническая картина явного кровотечения, проявляющаяся меленой или гематохезией, была у 134 (60.6%) пациентов. При этом впервые в жизни внутрипросветное кровотечение развилось у 37 (27.6%) больных, у 97 (72.4%) пациентов оно носило рецидивирующий характер. Клиника скрытого кровотечения, проявляющаяся слабостью, головокружением и хронической железодефицитной анемией, была у 87 (39.4%) пациентов. На момент обследования анемия тяжелой степени (уровень гемоглобина ниже 70 г/л) имела место у 83 (37.7%) пациентов, средней степени тя-

жести (уровень гемоглобина от 70 до 90 г/л) — у 85 (38.4%) пациентов, легкой степени (уровень гемоглобина выше 90 г/л) — у 53 (23.9%) пациентов. Кроме жалоб, свидетельствующих о кровопотери из желудочно-кишечного тракта, жалобы на боли в животе предъявлял 51 (23.1%) больной, на диарею — у 32 (14.5%) больных, на тошноту и рвоту — у 22 (9.9%) больных. Длительность жалоб к моменту обследования тонкой кишки до 7 дней была у 42 (19.0%) больных, до 6 месяцев — у 57 (25.8%) больных, от полугода до года — у 31 (14.0%) больного, более 1 года — у 91 (41.2%) больного. Всем пациентам при поступлении выполнялось комплексное обследование, включающее лабораторные методы, лучевые методы и эндоскопические методы диагностики. ВКЭ была проведена у 197 (89.1%) пациентов, при этом у 7 пациентов ВКЭ выполнялась дважды, у 4 пациентов — три раза. БАЭ была выполнена у 139 (62.8%) из 221 пациентов. При этом у 115 (58.3%) пациентов БАЭ выполнялась после ранее выполненной ВКЭ.

Статистическая обработка результатов исследования выполнялась с использованием критериев Колмогорова-Смирнова, Лиллиефорса и Шапиро-Уилка — для количественных данных, критерия Фишера и критерия Хи-квадрат — для качественных данных ($p\text{-level}=0.05$). Сравнение двух групп пациентов по количественным параметрам проводилось с помощью Т-критерия Стьюдента и U-критерия Манна-Уитни, по качественным параметрам — с помощью критерия Фишера или критерия Хи-квадрат, с учетом поправки Бонферрони ($p\text{-level}=0.017$)

Результаты исследования

Источники ТКК были верифицированы у 183 (82.9%) из 221 пациентов, не были выявлены — у 38 пациентов

(17.1%). В тощей и подвздошной кишке источники кровотечения локализовались у 162 (73.3%) пациентов, вне тонкой кишки — у 21 (9.5%) пациента. Внетонкокишечные источники кровотечения локализовались в верхних и нижних отделах ЖКТ у 19 пациентов (эрозии и язвы желудка и луковицы ДПК (n=6), сосудистые мальформации слизистой оболочки желудка (n=4), варикозно — расширенные вены пищевода и желудка (n=2), GAVE-синдром (синдром «арбузного желудка») (n=1), тубулярная аденома ДПК (n=1), аденокарцинома желудка (n=1), сосудистые мальформации купола слепой кишки (n=2), аденокарцинома купола слепой кишки (n=1), язвы купола слепой кишки (n=1)), в панкреатобилиарной зоне — у 2 пациентов («hemosuccus pancreaticus»). Среди источников кровотечения в тонкой кишке сосудистые мальформации были выявлены у 64 (39.5%) пациентов, опухоли тонкой кишки — у 49 (30.2%), воспалительные заболевания с эрозивно-язвенными поражениями тонкой кишки — у 42 (25.9%) пациентов, дивертикулы тонкой кишки (дивертикул Меккеля (n=6), множественные дивертикулы тощей кишки (n=1)) явились причиной кровотечения у 7 (4.4%) пациентов.

На основании проведенного статистического анализа (Табл. 1) половозрастных и клинических особенностей трех основных источников кровотечения (сосудистых мальформаций, опухолей и эрозивно-язвенных энтеропатий) было установлено, что сосудистые мальформации чаще встречаются у лиц старше 55 лет, опухоли и энтеропатии тонкой кишки характерны для пациентов моложе 50 лет (p=0.03700). В исследовании статистически значимых различий по половому признаку между группами выявлено не было. Результат попарных сравнений показал, что

больные с сосудистыми мальформациями и опухолями тонкой кишки как источником ТКК, поступали в стационар преимущественно с картиной явного кровотечения (67.2% и 53.0%, соответственно), пациенты с эрозивно-язвенными энтеропатиями — с картиной скрытого кровотечения (57.2%) (p=0.03795). Длительность поиска кровотечения у пациентов с верифицированными опухолями тонкой кишки была более 1 года, по сравнению с пациентами с энтеропатиями, которые обычно диагностировались в течение 1 года (p=0.00648). Пациенты с опухолями и эрозивно-язвенным поражением тонкой кишки жаловались на боли в животе чаще, чем пациенты с сосудистыми мальформациями (p=0.00049). При этом жалобы на диарею были чаще характерны пациентам с энтеропатиями, по сравнению с пациентами с мальформациями и опухолями (p=0.00001). Статистически значимых различий в степени анемии между группами пациентов с тремя основными источниками кровотечения выявлено не было.

Было также проведено попарное сравнение самой малочисленной группы пациентов с дивертикулами Меккеля, осложненными кровотечением (n=6), с остальными тремя группами. Были выявлены характерные клинические особенности этих пациентов: молодой возраст (до 30 лет) (p=0.00112) и жалобы на гематохезию (p=0.00014) (Табл. 2). Достоверно значимой разницы по полу при сравнении групп пациентов, с учетом поправки Бонферрони, выявлено не было (p>0.017).

Заключение. Таким образом, наиболее частыми источниками ТКК, по результатам нашего исследования, являются сосудистые мальформации тонкой кишки (39.5% больных). Опухоли тонкой кишки, осложненные ТКК,

Табл. 1. Клинические особенности пациентов с основными источниками тонкокишечных кровотечений

Клинические проявления	Сосудистые мальформации (n=64)	Опухоли (n=49)	Энтеропатии (n=42)	p
Возраст, лет	55.75±17.41	50 (28; 63)	48.07±17.27	0.03700
Пол — Мужской — Женский	31 (48.4%) 33 (51.6%)	22 (44.8%) 27 (55.2%)	27 (64.3%) 15 (35.7%)	0.07247
Кровотечение — Явное — Скрытое	43 (67.2%) 21 (32.8%)	26 (53.0%) 23 (47.0%)	18 (42.8%) 24 (57.2%)	0.03795
Длительность поиска источника - <1 года - >1 года	37 (56.9%) 27 (43.1%)	20 (40.8%) 29 (59.2%)	31 (73.8%) 11 (26.2%)	0.00648
Жалобы: — Боль — Диарея	5 (7.7%) 3 (6.1%)	15 (33.3%) 3 (5.5%)	16 (38.1%) 19 (45.2%)	0.00049 0.00001
Анемия — Тяжелой ст. — Средней ст. — Легкой ст.	22 (35.4%) 29 (44.6%) 13 (20.0%)	16 (31.5%) 19 (37.0%) 14 (31.5%)	11 (26.1%) 14 (33.3%) 17 (40.4%)	0.29932

Табл. 2. Клинические особенности пациентов с дивертикулами Меккеля, осложненными кровотечением

Клинические проявления	Сосудистые мальформации (n=64)	Опухоли (n=49)	Энтеропатии (n=42)	Дивертикул Меккеля (n=6)	p
Пол (м/ж)	31/33	22/27	27/15	6/0	0.03050
Возраст, лет	55.75±17.41	50 (28; 63)	48.07±17.27	26.1±3.8	0.00112
Кровотечение	43 (67.2%)	26 (53.0%)	18 (42.8%)	6 (100.0%)	0.00014
— Явное	27 (62.7%)	18 (69.2%)	9 (50.0%)	0 (0%)	
Мелена	16 (37.3%)	8 (30.8%)	9 (50.0%)	6 (100.0%)	
Гематохезия	21 (32.8%)	23 (47.0%)	24 (57.2%)	0 (0%)	

выявлены у 30.2% больных; эрозивно-язвенные энтеропатии — у 25.9% больных, дивертикулы тонкой кишки — у 4.4% больных. Сосудистые мальформации, осложненные ТКК, достоверно чаще встречаются у пациентов, старше 50 лет; опухоли и энтеропатии тонкой кишки — у лиц, моложе 50 лет ($p=0.03700$), дивертикул Меккеля — у лиц, моложе 30 лет ($p=0.00112$). Клиническая картина явного кровотечения достоверно чаще имеется у пациентов с сосудистыми мальформациями и опухолями тонкой кишки;

скрытого кровотечения — у пациентов с энтеропатиями ($p=0.03795$). У пациентов с дивертикулом Меккеля характерной является жалоба на гематохезию ($p=0.00014$). Длительность поиска кровотечения у пациентов с опухолями тонкой кишки — более 1 года, у пациентов с энтеропатиями — менее 1 года ($p=0.00648$). Пациентам с опухолями и энтеропатиями достоверно чаще характерны жалобы на боли в животе ($p=0.00049$), жалобы на диарею чаще характерны пациентам с энтеропатиями ($p=0.00001$).

Список литературы

1. Fisher L.R., Krinsky L., Anderson M.A. et al. The role of endoscopy in the management of obscure GI bleeding. // *Gastrointestinal Endoscopy*.— 2010.— Vol.72.— № 3 — p.471–479.
2. Gunjan D, Sharma V, Rana S, Bhasin D.K. Small bowel bleeding: a comprehensive review. // *Gastroenterology*. 2014: 262–275.
3. Gurudu R., Bruining D., Acosta R. et al. The role of endoscopy in the management of suspected small-bowel bleeding. ASGE Guideline. *Gastrointestinal Endoscopy*.— 2017.— 85 (1).— P. 22–31.
4. Liao Zhong-Li, Fan Chao-Qiang, Yu Jin et al. Small Bowel Endoscopy Diagnostic Yield and Reasons of Obscure GI Bleeding in Chinese Patients. // *Gastroenterology Research and Practice*. 2014 (2014): 1–5.
5. Pennazio M., Eisen G., Goldfarb N. ICCE Consensus for Obscure Gastrointestinal Bleeding. *Endoscopy* — 2005.— Vol. 37(10).— p. 1046–1050.
6. Pennazio M, Spada C, Eliakem R. et al. Small bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small-bowel disorders: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. // *Endoscopy*.— 2015: 47; 352–376.
7. Yoo S. GI-associated hemangiomas and vascular malformations. // *Clin Colon Rectal Surg*. 2011: 24: 193–200.

ХОЛОДНАЯ ПЕТЛЕВАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ — БЕЗОПАСНЫЙ МЕТОД УДАЛЕНИЯ МЕЛКИХ ПРЕДРАКОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Иванова Е. В.^{1,3}, Горковцов А. В.^{2,3}, Гофман В. С.¹, Пацера С. В.¹

¹ ФГАОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова МЗ РФ

² Медицинский центр Петровские ворота

³ Институт Пластической хирургии и косметологии

г. Москва

Введение

Колоректальный рак является одной из наиболее распространенных причин смерти во всем мире, составляя 10% от всех диагностированных злокачественных новообразований. Во многих странах колоноскопия признается первичным тестом в скрининге колоректального рака, а полипэктомия доброкачественных образований толстой кишки является эффективным методом лечения, снижающим риск развития рака толстой кишки [1–3].

Эндоскопическая резекция слизистой оболочки (ЭРСО) толстой кишки через колоноскоп — эффективная методика профилактики колоректального рака [4, 5]. В целом, стандартная эндоскопическая полипэктомия считается достаточно безопасной методикой, но может изредка сопровождаться развитием кровотечений и перфораций. Миниатюрные (крошечные) (diminutive) образования размером 1–5 мм, представляют собой большинство колоректальных эпителиальных поражений. «Полипы» размером до 10 мм составляют 90% эпителиальных образований, встречающихся при колоноскопии, из которых 10% имеют размер 6–9 мм (мелкие (small)), а остальные 90% — размер миниатюрных образований — 5 мм и менее [8]. Таким образом, это означает, что примерно 80% всех эпителиальных образований, выявляемых в ходе колоноскопии, входят в диапазон миниатюрных. Миниатюрные и мелкие образования, как правило, имеют крайне невысокий риск малигнизации (0,6%) [9]. Раннее эндоскопическое удаление доброкачественных предраковых образований (аденом и зубчатых аденом) снижает риск развития рака толстой кишки.

Холодное петлевое удаление образований на сегодняшний день является основной методикой резекции образований размером менее 10 мм в странах Запада, но не столь распространено в России. Удаление образований холодной петлей имеет преимущества в выполнении полноценной полипэктомии в сочетании с очень низкой частотой нежелательных явлений. Для удаления образований холодной петлей требуется меньше времени и практически исключаются проблемы, связанные с повреждением тканей электрокоагуляцией, а также развитием постполипэктомического синдрома [8]. Техника холодной петлевой резекции рекомендуется для удаления миниатюрных и мелких полипов ввиду благоприятного профиля

безопасности и высокой эффективности [8,10]. Незначительное подтекание крови после холодной петлевой резекции встречается часто, но оно почти всегда прекращается спонтанно в течение нескольких секунд и не требует вмешательства.

Цель исследования

Оценка технических возможностей, безопасности и нежелательных явлений при выполнении холодной петлевой резекции эпителиальных образований у амбулаторных пациентов в ходе плановой ежедневной колоноскопии.

Материалы и методы

Материал исследования представляет 335 пациентов (мужчины — 126 (37,6%), женщины — 209 (62,4%), средний возраст $53,3 \pm 11,5$ лет), которым было выполнено удаление 878 поверхностных эпителиальных образований толстой кишки в эндоскопическом отделении Медицинского Центра Петровские ворота и Института пластической хирургии и косметологии с марта 2018 года по январь 2020 года в ходе амбулаторных колоноскопий. Холодная петлевая резекция (ХПР) была применена у 317 (94,6%) из 335 оперированных пациентов, у которых было удалено 630/878 (71,8%) предраковых эпителиальных образований. Колоноскопия выполнялась с применением видео стойки Exera III, видеоколоноскопами CF-HQ190L, CF-H190L, CF-H180L (Olympus, Япония). Для удаления образований холодным путем применяли петли Captivator Small Oval 13 мм (Boston Scientific), SnareMaster 10мм (Olympus), монофиламентные петли размером 15мм (Olympus).

Обязательным условием выполнения вмешательства являлась высококачественная подготовка пациентов к исследованию, для чего использовались отдельные схемы подготовки (прием препарата накануне дня колоноскопии и утром в день исследования), основанные на ПЭГ 4000 и ПЭГ 3350, бесшлаковая диета назначалась за 3 дня до колоноскопии. Отличное качество подготовки пациентов при соблюдении данной схемы наблюдалось у 95% пациентов, что позволяло выявлять образования толстой кишки, визуально оценивать сосудистый и ямочный рисунок поверхности эпителия (применяя NBI, в ряде случаев

хромоскопию красителями), предполагать предварительную гистологическую структуру.

Результаты

Согласно Парижской классификации типы 630 поверхностных эпителиальных образований, удаленных ХПР, были следующими: полиповидные образования (0-Is тип) — 41 (6,5%), плоские образования (0-IIa) — 589 (93,5%). Размеры образований: 1–5 мм — 362 (57,5%), 6–9 мм — 163 (25,9%), 10–13 мм — 101 (16%), 14–20 мм — 4 (0,6%). Образования локализовались в правых отделах толстой кишки — 401 (63,0%), левых отделах — 207 (31,9%), прямой кишке — 32 (5,1%). Во время исследования единичные образования (1–3) были удалены у 280 (88,3%) пациентов, множественные (4–10) — у 37 (11,7%) пациентов. Время, затрачиваемое на удаление образования, в среднем составляло 3 минуты. Радикальность удаления оценивали с помощью осмотра краев после удаления образования в режиме NBI и оценки слизистой при увеличении с помощью функции dual-focus. При гистологическом исследовании тубулярные аденомы с дисплазией low-grade были удалены в 210 (33,3%) случаях, зубчатые аденомы в 316 (50,2%), в том числе с дисплазией low-grade в 29 (9,2%) случаях,

и гиперпластические полипы в 104 (16,5%). Кровотечения в виде неактивного подтекания крови после удаления образований имели продолжительность до 60 секунд и оставались самостоятельно в большинстве случаев. В 64 (10,2%) случаях были наложены клипсы с целью гемостаза и «ушивания» дефекта слизистой оболочки после удаления, как правило, при размере последнего более 10 мм. Кровотечений и перфораций в отдаленном периоде не было.

Выводы

Методика холодного петлевого удаления эпителиальных образований толстой кишки технически может быть адекватно применена в ходе диагностической колоноскопии, позволяя удалить 83,5% предопухолевых поражений (33,3% стандартных аденом и 50,2% зубчатых аденом). При методически правильном её выполнении является безопасной для проведения в амбулаторных условиях, в том числе при множественных поражениях у 11,7% пациентов. Вмешательство не является времязатратным. При ХПР исключаются проблемы, связанные с повреждением тканей электрокоагуляцией, развитием постполипэктомического синдрома и отдаленных кровотечений.

Список литературы

1. Robertson DJ. Colonoscopy for colorectal cancer prevention: is it fulfilling the promise? *Gastrointest Endosc.* 2010;71(1):118–120.
2. Tappero G, Gaia E, De Giuli P, Martini S, Gubetta L, Emanuelli G. Cold snare excision of small colorectal polyps. *Gastrointest Endosc.* 1992;38(3):310–313.
3. Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, Lansdorp-Vogelaar I, van Ballegooijen M, Hankey BF, Shi W, et al. Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. *N Engl J Med.* 2012;366(8):687–696.
4. Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, O'Brien MJ, Gottlieb LS, Sternberg SS, Waye JD, et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup. *N Engl J Med.* 1993;329(27):1977–1981.
5. Citarda F, Tomaselli G, Capocaccia R, Barcherini S, Crespi M. Efficacy in standard clinical practice of colonoscopic polypectomy in reducing colorectal cancer incidence. *Gut.* 2001;48(6):812–815.
6. Gatto NM, Frucht H, Sundararajan V, Jacobson JS, Grann VR, Neugut AI. Risk of perforation after colonoscopy and sigmoidoscopy: a population-based study. *J Natl Cancer Inst.* 2003;95(3):230–236.
7. Anderson ML, Pasha TM, Leighton JA. Endoscopic perforation of the colon: lessons from a 10-year study. *Am J Gastroenterol.* 2000;95(12):3418–3422.
8. Alan Moss, Kumanan Nalankilli. Standardisation of polypectomy technique. *Best practice and Research Cl Gastroenterol* 31 (2017) 447–453.
9. Yo Han Jeong, Kyeong Ok Kim, Chan Seo Park, Sung Bum Kim, Si Hyung Lee, and Byung Ik Jang. Risk Factors of Advanced Adenoma in Small and Diminutive Colorectal Polyp. *J Korean Med Sci* 2016; 31: 1426–1430
10. Leon M.G. Moons Cold snare polypectomy of large lesions: one swallow does not a summer make. *Endoscopy* 2018; 50:200–202

СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ильканич А.А., Кострубин А.Л., Варданян Т.С., Фуныгин Д.В., Романенков С.Н.
БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская окружная клиническая больница»

 г. Сургут

Актуальность

В структуре заболеваний толстой кишки доля доброкачественных новообразований составляет от 3,4 до 32% [Лаптева Е.А., Козлова И.В., Мясина Ю.Н., Пахомова А.Л. // Полипы толстой кишки: эпидемиология, факторы риска, критерии диагностики, тактики ведения - Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9. № 2. С. 252–259.]. Высокая вероятность их малигнизации требует активного ведения: ранней диагностики и удаления. При этом наиболее доступными и достаточно эффективными являются эндоскопические методики: эндоскопическая полипэктомия, эндоскопическая резекция слизистой оболочки толстой кишки и эндоскопическая диссекция в подслизистом слое. Несмотря на улучшение технического обеспечения операций сохраняется высокая вероятность осложнений процедуры. По данным литературы, кровотечением осложняются не менее 8,6% эндоскопических полипэктомий (в 1,6% наблюдений эти кровотечения носят массивный характер), перфорацией — 1,1% [Dobrowolski S., Dobosz M., Babicki A.]. При эндоскопической резекции слизистой оболочки кровотечения возникает в 4,1%, перфорация — в 0,5% случаев [DiGiorgio P., DeLuca L., Calcagno G.]. Летальность составляет 0,03% [Ятрогения диагностических процедур (сообщение 3) Архив внутренней медицины. 2018. Т. 8. № 1(39). С. 5–1].

Цель

Изучение наиболее эффективных методов лечения эпителиальных неоплазий толстой кишки и их осложнений.

Материал и методы

Проведен анализ хирургического лечения 1447 больных (712 (49,2%) мужчин и 735 (50,7%) женщин) с доброкачественными новообразованиями толстой кишки, находившихся на лечении в Сургутской и Нефтеюганской окружной клинической больницы им В.И. Яцкив в период с 2013 по 2019 годы. Общее количество удаленных новообразований составило 4132, из которых 3766 (91,1%) были доброкачественными, 303 (7,3%) малигнизированными аденомами и 63 (1,5%) рак *in situ*. Для оценки формы образования при колоноскопии, использовалась Парижская классификация [Lambert R. et al. Superficial Neoplastic Lesions in the Digestive Tract // Endoscopy. — 2005. — 37. — P. 570–578]. Все вмешательства выполнены в условиях стационара. Исследование и оперативное вмешательство проводилось колоноскопом OLYMUS CF-Q160AI. Одиночные полипы отмечены — у 64% оперированных, множественные —

у 36%. По размерам удаленные образования варьировали от 0,5 до 4,0 см. При полиповидных образованиях 0-I типа по Парижской классификации размером 0, 5–1 см выполняли холодную щипцовую и петлевую полипэктомию — 1332 (32,2%) удалений. При полиповидных образованиях 0-I и 0-II типа по Парижской классификации размером 3–4 см выполняли петлевую электро-эксцизию — 2328 удалений (56,3%). При образованиях типа 0-II а, IIb и LST по Парижской классификации размером 2–3 см выполняли эндоскопическую резекцию слизистой оболочки (ЭРСО) — 180 удалений неоплазий толстой кишки (4,3%), и фрагментарную резекцию слизистой оболочки — 211 удалений (5,1%). Диссекцию в подслизистом слое выполняли при поражениях 0-IIb и LST, размером более 2 см — выполнено 81 удаление (1,9%).

Результаты и их обсуждение

Результаты хирургического лечения оценивали по течению раннего послеоперационного периода. Осложнения при эндоскопических манипуляциях были в 121 (2,9%) случаях. При анализе связи объема вмешательства и частоты осложнений установлено, что: холодная петлевая полипэктомия осложнилась кровотечениями 21 (1,5%) вмешательств. Петлевая электро-эксцизия осложнилась: кровотечением в 32 (1,3%) случаях, перфорацией в 11 (0,4%) случаях, постполипэктомический синдром в 16 (0,6%) случаях. После эндоскопической резекции слизистой оболочки (EMR) кровотечения возникли в 6 (3,3%) наблюдений. Перфорации отмечены у 3 (1,6%) и постполипэктомический синдром у 11 (6,1%) пациентов. При проведении фрагментарной эндоскопической резекции слизистой у 3 (1,4%) возникли кровотечения, у 2 (0,9%) перфорация и постполипэктомический синдром у 4 (1,8%). При эндоскопической диссекции в подслизистом слое (ESD) — кровотечения 4 (4,9%), перфорации 3 (3,7%) и постполипэктомический синдром у 5 (6,1%). Летальных исходов не зарегистрировано. Таким образом, доступность и высокая эффективность эндоскопических методов хирургического лечения доброкачественных новообразований толстой кишки сопровождается осложнениями в 2,9% наблюдений. Кровотечение возникло в 66 (1,5%) случаях. Перфорация толстой кишки возникла у 19 (0,4%) пациентов. Исходя из полученных результатов, у пациентов с новообразованиями типа 0-II а и IIb типа возникло наибольшее количество перфорации при выполнении эндоскопической резекции слизистой (1,2%) и диссекции в подслизистом слое (3,7%).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СКРИНИНГОВОЙ КОЛОНОСКОПИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Камалетдинова Ю. Ю., Ахмедов Р. Э., Бочкова Т. В., Грачев Г. В.,
Нагаев Н. Р., Сафуанов А. А., Смакова А. А., Суперфин Д. Э., Хисамутдинова Р. И.
ГАУЗ Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РБ

г. Уфа

Колоректальный рак (КРР) занимает лидирующую позицию в структуре онкологической заболеваемости и смертности. По данным Международного агентства по исследованию рака за 2018 год колоректальный рак занимает 4 место в структуре заболеваемости, после рака молочной железы, предстательной железы и легких.

Своевременное выявление колоректального рака предполагает диагностику его на ранних, доклинических стадиях, когда отсутствуют всякие клинические проявления этого заболевания. В структуре заболеваемости в Республике Башкортостан (РБ) удельный вес КРР составил 12,2%, таким образом, рак толстой и прямой кишки вышел на первое место, опередив рак молочной железы и легкого.

Цель исследования

Оценка эффективности скрининговой колоноскопии в частоте выявления и удаления эпителиальных образований.

В Республике Башкортостан с 2018 года проводится скрининг колоректального рака (Приказ МЗ РБ от 25 декабря 2018 г. № 3183-Д «О проведении скрининга колоректального рака в рамках диспансеризации взрослого населения в Республике Башкортостан в 2019 г.»). Скрининг колоректального рака проводился в рамках диспансеризации взрослого населения в возрасте от 49 до 73 лет. При положительном анализе теста на I этапе скрининга (результат более 100 нг/мл), пациент направляется на колоноскопию.

В Республиканском клиническом онкологическом диспансере в 2019 году проведено 697 скрининговых колоноскопий. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1,2. Средний возраст пациентов составил 61 год. Исследования проводились в амбулаторных условиях. Использовали эндоскопы с высокой разрешающей способностью, с функцией узкоспектрального режима. В скрининге колоректального рака участвовало 9 врачей отделения.

Наибольший ADR составил 29%, минимальный ADR 11%. Средний ADR по отделению 20%. Под внутривенной седацией проведено 53 исследования (8,4%). Тотальная колоноскопия проведена у 585 пациентов (93,3%). Недостаточная подготовка отмечена в 18 (3%) случаях. Качество подготовки оценивалось по Бостонской шкале. Из числа исследуемых колоректальный рак выявлен у 45 пациентов (7%). Эпителиальные образования толстой и прямой кишки выявлены в 323 случаях, что составляет более по-

ловины исследуемых пациентов (51,5%). Выявлялись как единичные эпителиальные образования в одном отделе толстой кишки, так и множественные образования, локализованные в нескольких отделах кишечника. По локализации в основном преобладали эпителиальные образования левой половины 210 случаев (65%) и правой половины 123 случая (38%), образования поперечной ободочной кишки были выявлены в 55 случаях (17%), прямой 83 случаях (25%).

У 292 пациентов (90%) удаление эпителиальных образований было проведено в условиях РКОД, причем 253 (86,6%) из них были проведены в амбулаторных условиях одномоментно при проведении скрининговой колоноскопии. Амбулаторное удаление проводилось при размерах образования менее 20 мм, при выявлении единичных эпителиальных образований. Амбулаторное удаление позволило избежать повторной подготовки пациента к исследованию и госпитализацию в стационар.

Эндоскопическая полипэктомия проведена в 260 случаях (89%), резекция слизистой толстой кишки в 35 случаях (11%), из них резекция с диссекцией в подслизистом слое в 4 (1,3%) случаях. В условиях стационара произведено удаление образований 39 пациентам (13,3%). В условиях стационара преимущественно выполнялись удаления эпителиальных образований при множественной локализации, больших размерах, а также при подозрении на малигнизацию образования, при приеме пациентом антикоагулянтов.

По результатам удаления новообразований у скрининговых пациентов не было получено ни одного осложнения, в том числе при амбулаторных эндоскопических полипэктомиях. По результатам морфологического исследования удаленных образований были выявлены: тубулярные аденомы 122 (41,8%), ворсинчатые аденомы 75 (25,9%), тубуло-ворсинчатые аденомы 39 (13,6%), зубчатые аденомы 29 (10%), гиперпластический полип 25 (8,9%). Тяжелая дисплазия была выявлена в 13 случаях (4,5%), в 4 случаях (1,4%) аденокарцина in situ. Другая патология толстой и прямой кишки диагностирована 177 случаями (28,2%), была представлена дивертикулярной болезнью толстой кишки в 122 случаях (68,9%), эндоскопические признаки неспецифического язвенного колита выявлены у 6 пациентов (3,4%), у одного пациента признаки болезни Крона (0,5%), в 48 случаях (27,1%) у пациентов диагностирован геморрой.

Выводы

Использование эндоскопов с высокой разрешающей способностью, с функцией узкоспектрального режима в скрининговой колоноскопии позволяет наиболее эффективно выявить эпителиальные образования, выявить показания и возможность амбулаторного удаления, выявить рак.

Проведения амбулаторной эндоскопической полипэктомии позволяет отказаться от повторной подготовки к исследованию и госпитализации пациента в стационар.

Список литературы.

1. Скрининг колоректального рака: общая ситуация в мире и рекомендованные стандарты качества колоноскопии/Кашин С. В., Нехайкова Н. В., Завьялов Д. В., Видяева Н. С., Белова А. Н. // Докладная гастроэнтерология. — 2017. — № 4. — 32–52с.
2. Аюпов Р. Т. Колоректальный рак в Республике Башкортостан: состояние проблемы, пути решения. / Р. Т. Аюпов // Магистерские диссертации новое время и старые проблемы. Сборник статей. — 129–143с.
3. Screening for Colorectal Cancer US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2016;315(23):2564–2575. doi:10.1001/jama.2016.5989

ТРУДНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Коржева И. Ю.^{1,2}, Нечипай А. М.², Галаева Е. В.^{1,2}, Вычужанина Н. В.^{1,2}.

¹ГБУЗ Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, Москва

²ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

г. Москва

Резюме

Представлен клинический случай диагностики и лечения больного с больших размеров опухолью толстой кишки, осложнённой частичной толстокишечной непроходимостью.

Введение

Полипвидные образования ТК обнаруживаются у 40%–59,8% здоровых людей в возрасте 55–65 лет, из которых у 24–36% при целенаправленном обследовании (при уточняющих диагностических методах и биопсии) диагностируются аденомы толстой кишки. КРП встречается у мужчин — в 14, у женщин — 12 случаях на 100000 населения. Первично-множественный синхронный колоректальный рак диагностируется у 4–8% больных. Мезенхимальные опухоли толстой кишки являются редким заболеванием и составляют 0,2–0,4% от общего числа выявленных новообразований. Опухоли ТК в 80% случаев имеют бессимптомное течение, в 60–72,5% осложняются кровотечением и 36–42% — толстокишечной непроходимостью. Клинически опухоли ТК могут проявляться запахом фекалий изо рта или выделением каловых масс с мочой ввиду прорастания опухолевых масс в близлежащие органы с формированием внутренних свищей (7–12%), кровотечением из ануса (60–72,5%), выраженным пневматозом при толстокишечной непроходимости (36–42%). Диагностика опухолей ТК включает лабораторные показатели (результаты ОАК, б/х, уровень онкомаркеров), рентгеноконтрастное исследование органов ЖКТ, УЗИ ОБП и забрюшинного пространства, КТ органов грудной клетки и брюшной полости (с в\в контрастированием), МРТ или ПЭТ-КТ, видеоколоноскопия с биопсией, ЭУС (при возможности и наличии показаний).

Материалы и методы

Больной А., 57л. Поступил в ГКБ им.С.П.Боткина с жалобами на вздутие живота, умеренные боли в правом подреберье и левой половине живота, отсутствие стула в течение последних 5дней. Из анамнеза: вышеуказанные жалобы беспокоят в течение последних 10дней. Наблюдался у колопроктолога по месту жительства в Армении по поводу полипов сигмовидной кишки. Выписки отсутствуют. Лабораторные показатели/ онкомаркеры: N. УЗИ ОБП: В области печеночного угла ТК стенка утолщена до 12 мм на протяжении до 9см. Окружающая клетчатка повышенной эхогенности, неоднородная. Перистальтические волны замедлены. Содержимое в просвете кишки гетероэхогенное. Заключение: Опухолевое образование печеночного угла ободочной кишки. Рентгенологическое исследование ор-

ганов грудной клетки и брюшной полости: Лёгочные поля прозрачные, без инфильтративных изменений. Уровней жидкости и свободного газа в брюшной полости не выявлено. Видеоколоноскопия: Опухоль правой половины ободочной кишки больших размеров со стенозом просвета в ст.субкомпенсации на момент осмотра. Дифференциальный диагноз следует проводить между GIST толстой кишки с признаками перекрута питающей ножки и некрозом слизистой верхушки опухоли и аденокарциномой толстой кишки с выраженным экзофитным компонентом. Биопсия для морфологической идентификации опухоли. Гистологическое исследование: морфологическая картина детрита. Данных за наличие неопластического процесса в пределах присланного материала не получено. В связи с клиникой толстокишечной непроходимости пациенту выполнена операция: Лапароскопическая атипичная парциальная резекция восходящего отдела ободочной кишки. Макроскопическое описание: Участок толстой кишки с опухолью размерами 9,0х9,0см с тусклой поверхностью, на разрезе опухоль жёлтого цвета, дольчатого строения. Микроскопическое описание: Опухоль представлена зрелой жировой тканью в состоянии тотального стеатонекроза с прилежащими участками некротизированной слизистой. Заключение: Липома толстой кишки с признаками нарушения трофики всей стромы.

Результаты и их обсуждение

Несмотря на разнообразие современных диагностических методов, уточняющая диагностика мезенхимальных опухолей толстой кишки на дооперационном этапе сопряжена с определёнными затруднениями оценки их характера (доброкачественные/злокачественные), а нередко и тканевой принадлежности (эпителиальные/неэпителиальные). Диагностические затруднения связаны, как правило, с длительным бессимптомным течением, медленным темпом роста и поздней клинической манифестацией (кишечная непроходимость, кровотечение в результате трофических нарушений и распада опухоли, др.) при достижении такими новообразованиями значительных размеров.

Вывод

В диагностически неясных случаях этиологии толстокишечной непроходимости приоритетным методом лечения является хирургический способ ее разрешения. Окончательный диагноз при любых результатах предоперационной диагностики должен основываться на заключении гистологического исследования резецированной опухоли.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННАЯ ЧРЕСКОЖНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЕЮНОСТОМИЯ

Кузьмин-Крутецкий М. И.¹, Сафоев М. И.², Каримова Л. И.², Иванов В. И.², Чувенков А. А.³

¹ ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»

² Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе

³ Военно-Медицинская Академия им. С. М. Кирова

г. Санкт-Петербург



■ Кузьмин-Крутецкий М. И.



■ Сафоев М. И.



■ Каримова Л. И.

Введение

Необходимость своевременного адекватного энтерального питания с целью предупреждения или нормализации тяжелых нарушений нутритивного баланса у пациентов с дисфагией различного генеза не подвергается сомнению. Большая часть пациентов, нуждающихся в энтеральном питании, — это пациенты с неврологическим дефицитом, связанным с ранее перенесенным ОНМК, травмой головного мозга, тяжелой сочетанной травмой, постстремационной болезнью.

На сегодняшний день «золотым стандартом», обеспечивающим длительное энтеральное питание (более 4-х недель), является чрескожная эндоскопическая гастростомия (Percutaneous endoscopic gastrostomy — PEG). (4,5).

Последнее время более активно используется мультидисциплинарный подход в лечении пациентов. Консилиум врачей определяет показания для PEG (анестезиолог-реаниматолог, профильный хирург/ невролог, эндоскопист, нутрициолог, логопед). Однако, именно эндоскопист определяет, каким способом будет обеспечен прямой доступ к ЖКТ, оценивает возможность постановки гастростомической трубки классическим методом (PEG) или потребность в выполнении технически более сложной эндоскопической операции.

В некоторых случаях выполнение PEG невозможно или имеются высокие риски послеоперационных осложнений. К таким ситуациям можно отнести наличие крупной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, оперированный желудок, неоперабельное злокачественное образование желудка (при сохранении проходимости для эндоскопа и диска внутренней фиксации питательной трубки), выраженный гастропарез, повторные аспирации желудочного содержимого.

В таких случаях выполняют чрескожную эндоскопическую еюностомию (Direct percutaneous endoscopic jejunostomy — DPEJ), что является альтернативным вариантом PEG (6).

Данная методика (DPEJ) описана в 1991 г. Shike M. et al., чуть позже данными авторами был представлен многолетний опыт применения DPEJ. В данной технике используемые трубки имеют больший диаметр, чем в системе чрескожной эндоскопической гастростомии с еюнальной питательной трубкой (jejunal tubes through PEG — JETPEG или PEG — J), а значит меньше подвержены закупорке трубки. PEG — J система используется при наличии гастропареза и при повторных аспирациях. Технически выполнение еюностомии сложнее чем гастростомии, так как тощая кишка является узкой, что затрудняет продвижение иглы непосредственно в просвет кишки и повышает риски повреждения противоположной стенки кишки. Для достижения тощей кишки требуется эндоскоп длиной от 160 см и более, например, тонкий видеоколоноскоп. Техника выполнения еюностомии представляет собой модификацию метода PEG, авторами которого являются Gauderer M. W. L. и Ponsky J. L., и этапами соответствует классической методике PEG (3,6). Также описаны и широко применяются методики выполнения DPEJ с помощью однобаллонного или двухбаллонного энтероскопа. (1, 2).

Однако, в 0,9% случаев невозможно выполнение не только PEG, но и DPEJ (3), например, из-за выраженного спаечного процесса в брюшной полости. Учитывая тенденции к мультидисциплинарному подходу в решении поставленных задач и возможности в настоящее время лапароскопической хирургии, возникает потребность в гибридном оперативном лечении.

Материал и методы

СПб НИИ СП имени И.И. Джанелидзе является много-профильным стационаром, в котором ежегодно выполняется около 60 PEG. В период с 2017 по 2019 годы было выполнено 172 PEG, среди которых имеются пациенты с оперированным желудком, спаечной болезнью брюшной полости, канцероматозом брюшной полости, ожирением, а также другими особенностями, создающими технические сложности обеспечения прямого доступа к ЖКТ.

В наш институт скорой помощи из другого лечебно-го учреждения была переведена пациентка Ю., 73 лет, на ИВЛ, где получала лечение в течение 79 дней. Ранее пациентке Ю. с диагнозом: «Аденокарцинома тела желудка T2N0M0 II ст., состояние после циклов ХТ», была выполнена лапаротомия, субтотальная резекция желудка, лимфодиссекция, дренирование. Послеоперационный период (на вторые сутки после оперативного лечения) осложнился тромбозом глубоких вен, венозной тромбоэмболией, ТЭЛА, клинической смертью. Реанимационные мероприятия успешны. С постреанимационной болезнью, острой постгипоксической энцефалопатией и персистирующим вегетативным состоянием пациентка доставлена в НИИ им. И.И. Джанелидзе.

В ходе настоящей госпитализации в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, на фоне выраженного поражения структур головного мозга, у пациентки диагностировано нарушение глотательного рефлекса. Учитывая накопленный опыт проведения PEG (на оперированном желудке в том числе), решено под эндотрахеальным наркозом в условиях операционной, оценить возможность выполнения PEG методом «pull-through» в культю желудка, с определением дальнейшей лечебной тактики интраоперационно. Желудочно-кишечный анастомоз располагался на 43 см от резцов. Попытки визуализировать зону постановки гастростомы на фоне выраженного спаечного процесса и малых размеров культи желудка оказались безуспешными. Определение поверхностно расположенной петли тонкой кишки для выполнения DPEJ, также оказалось невозможным из-за спаечного процесса.

По решению врачебного консилиума проведена диагностическая лапароскопия с выполнением адгезиолизиса. Выполнен лапароцентез по Hasson в левом мезогастррии троакарном 10мм, минуя послеоперационный рубец, с созданием пневмоперитонеума. Помимо этого, выполнен доступ в атипичных точках (3 шт.) для лучшей визуализации верхнего и среднего этажей брюшной полости (рис. 1). В брюшной полости обнаружена асцитическая жидкость, выраженный спаечный процесс в верхней половине брюшной полости. Попытка дифференцировать культю желудка после частичного адгезиолизиса безуспешна. Интраоперационно принято решение о постановке чрескожной эндоскопической еюностомы. Под контролем видеолапароскопа определено место постановки еюностомы (место максимального соприкосновения петли тонкой кишки с передней брюшной стенкой). Проекция поверхностно расположенной части тонкой кишки располагалась между левой срединноклюичной и левой передней подмышечной линиями, на 2,0 см ниже края реберной дуги. В данной зоне произведен разрез кожи длиной 5 мм. Дистальная часть поверхностно расположенной петли тонкой кишки была фиксирована ки-



Рис. 1



Рис. 2

шечным зажимом. Под контролем видеолапароскопа и эндоскопа со стороны просвета тонкой кишки произведена пункция передней брюшной стенки и стенки тонкой кишки пункционной канюлей с иглой (троакарном) из гастростомического набора фирмы Fresenius Kabi, Freka PEG Fr 20. (рис. 2). После чего пункционная игла извлечена, пункционная канюля продвинута вглубь просвета кишки и захвачена эндоскопическими щипцами.

Далее все этапы соответствовали PEG методом «pull-through»: через пункционную канюлю введена нить — проводник, последняя захвачена эндоскопическими щипцами и извлечена наружу вместе с эндоскопом через рот. К нити фиксирована питательная трубка из набора Freka PEG Fr 20 и тракционным движением со стороны передней брюшной стенки протянута в просвет тонкой кишки, извлечена через переднюю брюшную стенку. Питательная трубка закреплена дисками фиксации, наложены асептические повязки (рис. 3). При контрольном осмотре внутренний диск фиксации еюностомической трубки плотно прилегает к стенке тонкой кишки (рис. 4). Водная проба положительная.



Рис. 3

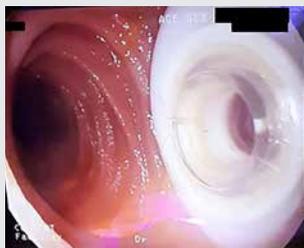


Рис. 4

Результаты

Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. С целью профилактики послеоперационных осложнений (контроль расположения внутреннего диска фиксации, состояния слизистой тонкой кишки) контрольные эндоскопические осмотры выполнялись на 20, 60, 90, 150, 220 сутки с момента постановки ею-

ностомы. Воспалительные изменения слизистой под диском фиксации были диагностированы на 150 сутки — единичные эрозии по краю диска фиксации 0,2 см под фибрином. На 220 сутки обнаружен формирующийся поверхностный пролежень — изъязвление полулунной формы 0,2*0,4 см, глубиной 0,1–0,2 см под фибрином. При тщательном осмотре (наблюдении за пациентом в последующие 2 суток) выявлена причина формирования поверхностного пролежня — чрезмерное натяжение еюностомической трубки (при переключении пациента на левый бок происходило смещение трубки из свободного положения в «напряженное» за счет натяжения трубки под рукой пациента). Данная причина была устранена. При контрольном эндоскопическом осмотре через 14 дней (236 сутки после операции) воспалительных изменений слизистой под диском фиксации не выявлено.

Выводы

Лапароскопически ассистированная чрескожная эндоскопическая еюностомия — это способ, обеспечивающий прямой доступ к ЖКТ, который можно применять при невозможности выполнения PEG и DPEJ. Данный способ требует дальнейшего изучения с оценкой возможных послеоперационных осложнений.

Список литературы

1. Aktas H. et al. Single-balloon enteroscopy-assisted direct percutaneous endoscopic jejunostomy //Endoscopy.— 2012.— Т. 44.— № . 02.— С. 210–212.
2. Despott E.J. et al. Enteral access by double-balloon enteroscopy: an alternative method of direct percutaneous endoscopic jejunostomy placement //Digestive diseases and sciences.— 2011.— Т. 56.— № . 2.— С. 494–498.
3. Del Piano M. et al. DPEJ placement in cases of PEG insertion failure //Digestive and Liver Disease.— 2008.— Т. 40.— № . 2.— С. 140–143.
4. Moran B.J., Taylor M.B., Johnson C.D. Percutaneous endoscopic gastrostomy //British Journal of Surgery.— 1990.— Т. 77.— № . 8.— С. 858–862.
5. Rahnamai-Azar A. A. et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, technique, complications and management //World Journal of Gastroenterology: WJG.— 2014.— Т. 20.— № . 24.— С. 7739.
6. Shike M. et al. Direct percutaneous endoscopic jejunostomies for enteral feeding //Gastrointestinal endoscopy.— 1996.— Т. 44.— № . 5.— С. 536–540.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДРАКОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ I-SCAN И ВЗЯТИЕМ ПРИСТЕНОЧНОЙ МИКРОБИОТЫ
У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ВЫСОКОЙ ГРУППЫ РИСКА И ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ

Малихова О.А.¹, Карасев И.А.¹, Верещак В.В.¹, Малихов А.Г.¹, Туманян А.О.¹, Тяхт А.В.², Кошечкин С.И.²

¹ ФГБУ НМИЦ онкологии имени Н.Н. Блохина МЗ РФ

² Биомедицинский холдинг «Atlas»

г. Москва

Актуальность

Колоректальный рак в 96% случаев развивается вследствие перерождения аденоматозных образований или по зубчатому пути. Среди всех других видов злокачественных опухолей колоректальный рак проявляет наибольшую связь с семейным анамнезом. Исследования молекулярных механизмов развития колоректального рака выявили ряд генетических нарушений, большинство из которых наследуется по аутосомно-доминантному типу и значительно повышают риск заболеваемости. Известно, что во многих случаях микробные инфекции связаны с развитием рака; однако, ввиду того, что толстая кишка имеет богатое разнообразие микрофлоры, определение вклада различных видов бактерий в канцерогенез является сложной задачей. Были установлены несколько видов бактерий, которые имеют канцерогенное воздействие на слизистую оболочку толстой кишки. Еще недавно только 30% кишечного микробиома могло быть изучено стандартными методами культивирования, сейчас доступны молекулярные тесты, нацеленные на секвенирование 16S рибосомальной РНК бактериального генома. Эта РНК является высокоселективной, облегчающей секвенирование и идентификацию бактериальных групп. Таким образом, можно определить состав кишечной микробиоты, просто изучив последовательности 16S РНК и определить состав бактериальной популяции. Почти 80% доминирующей флоры является специфической для каждого человека, и только 20% являются общими.

Цель

Улучшить результаты комплексной эндоскопической диагностики с использованием режима узкого спектра света с увеличением (I-Scan) и лечения пациентов молодого возраста с эпителиальными опухолями колоректальной локализации. Определить состав кишечного микробиома и его корреляцию с развитием эпителиальных образований толстой кишки. Модифицировать алгоритм мониторинга оперированных пациентов в зависимости от состава кишечного микробиома.

Методы исследования

Ретроспективно и проспективно оценены пациенты молодого возраста с эпителиальными опухолями ободочной и прямой кишки. Группа исследования 16 пациентов, средний возраст 44,5 лет, контрольная группа 50 человек, средний возраст 46,3 года. В группе исследования выявлены 67 неоплазий, средний размер 11 мм. Все образования были удалены методом полипэктомии — 43, эндоскопической ре-

зекции слизистой оболочки — 19, эндоскопической резекции слизистой оболочки с диссекцией в подслизистом слое — 5. По результатам пострезекционного морфологического исследования: зубчатые образования — 32, аденома с дисплазией high grade — 26, аденома с дисплазией low grade — 9. Всем пациентам контрольной и основной группы был выполнен забор микробиоты методом пристеночной «браш биопсии» со смывом в стерильную пробирку и дальнейшим выполнением высокопроизводительного секвенирования. Манипуляции выполнены в период с мая 2019 по января 2020 годы. Эндоскопические манипуляции выполнены на Pentax EC-3890LZic использованием режима узкого спектра света с оптическим увеличением. Эффективность лечения оценивали по критериям радикальности и частоте осложнений.

Результаты

Технология I-Scan и использование эндоскопов с высокой разрешающей способностью и оптическим увеличением позволяют существенно улучшить уточняющую диагностику предраковых заболеваний и ранних форм рака колоректальной локализации. При сравнении изучаемой и контрольной группы пациентов молодого возраста выявлено, что образование эпителиальных опухолей коррелирует с микробными маркерами родов *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus* и *Porphyromonas*. У некоторых пациентов данный показатель в сравнении с контрольной группой отличался на 27%. Однако, учитывая статистически незначимую выборку, данный вывод не может быть окончательным. Для применения подобных алгоритмов необходимо наличие больших выборок, клинически охарактеризованных — как больных, так и здоровых людей из той же популяции, обработанных по одинаковому клиническому, лабораторному и биоинформатическому протоколам.

Выводы

В результате сравнительного анализа состава микробиома кишечника пациентов молодого возраста с эпителиальными образованиями колоректальной локализации со сводными статистическими данными о представленности бактерий в кишечнике людей из российской популяции, обнаружены перспективные маркеры для разработки таргетных и экономически эффективных подходов для ранней диагностики колоректального рака. Тем не менее, необходимы перспективные исследования для подтверждения диагностического потенциала данных биомаркеров и разработки системы интерпретации данных с точки зрения идентификации и персонализированной терапии заболевания.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ВЫБОР МЕТОДА ПОДГОТОВКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТАКТ С БОЛЬНЫМ — ВАЖНЫЕ ФАКТОРЫ КАЧЕСТВА РЕЗУЛЬТАТОВ КОЛОНОСКОПИИ

Полянцев А. А., Иевлев В. А., Линченко Д. В., Карпенко С. Н., Каплунова Е. В.
ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет МЗ РФ

📍 г. Волгоград

Актуальность

Одним из важных факторов в проведении качественной и информативной колоноскопии является подготовка толстой кишки к исследованию. Плохая подготовка пациента к исследованию является причиной не эффективного и длительного осмотра толстой кишки или отказа от проведения диагностической процедуры. Многие научные исследования касались различных слабительных препаратов и схем их введения для очищения толстой кишки. В настоящее время, в соответствии с рекомендациями Российского эндоскопического общества (третье издание 2017 г.) наиболее часто назначаемым препаратом для подготовки к колоноскопии во многих эндоскопических отделениях является «Фортранс» (полиэтиленгликоль) 4 литра в split-режиме (раздельном режиме) приема по стандартной схеме. Несмотря на использование стандартных схем, треть пациентов имеют плохую подготовку толстой кишки к исследованию.

Цель исследования — оценить эффективность подготовки кишечника к исследованию в зависимости от используемого препарата, исходного состояния больного и контакта с врачом.

Материалы и методы

Нами анализированы результаты подготовки 376 больных, которым выполнялась колоноскопия в эндоскопическом отделении клиники общей хирургии за 2019 год. Среди них мужчин было 137 (36,4%), женщин 239 (63,6%). Средний возраст составил 58 лет. Пациенты с адекватной подготовкой составили 77,4%, с неадекватной подготовкой — 22,6%.

За два дня до исследования пациентам назначалась диета, исключающая нерастворимые пищевые волокна и включающая легкоусвояемые продукты, рекомендован прием жидкости до 2,5 л жидкости в сутки. Подготовку толстой кишки у 290 (76,9%) больных, проводили методом кишечного лаважа с использованием препарата «Фортранс», в соответствии с клиническими

рекомендациями от 2017 года. В связи с тем, что есть пациенты, которые по каким-либо причинам не могли принять большой объем жидкости (больные с выраженной сопутствующей патологией, лица пожилого возраста). Препаратом выбора в этом случае служил «Мовипреп», 2 литра в раздельном режиме у 86 пациентов (23,1%).

Качество очищения толстой кишки оценивалось по бостонской шкале в баллах от 0 до 9. В большинстве случаев с пациентами проводилась беседа эндоскопистом или лечащим врачом, основная задача которой объяснить важность соблюдения режима подготовки, предоставление пациенту необходимой информации об основных этапах предстоящего исследования, его эмоциональная подготовка, установление контакта и доверия к врачу.

Результаты:

Качество очищения толстой кишки расценивалось как «адекватное» в случае, если каждый из отделов кишки оценивался на 2 балла и выше. В случае, если хотя бы один отдел кишки оценивался на 1 балл и ниже, качество подготовки толстой кишки расценивалось как «неадекватное». Пациенты с адекватной подготовкой составили 77,4% (291 чел) из них фортрансом к исследованию готовились 226, а мовипрепом 65 больных. Качество подготовки фортрансом у большинства больных мы оценивали в 7–9 баллов. При подготовке мовипрепом степень очищения толстой кишки составляла 6–8 баллов.

Неадекватная подготовка толстой кишки к исследованию зафиксирована в обеих группах, суммарно у 85 человек, что составило — 22,6%. Из них фортрансом готовились 64, а мовипрепом 21 пациент. Причинами данного обстоятельства стали как внешние, так и внутренние факторы. К внешним факторам мы отнесли встретившиеся нам нарушения этапов подготовки к исследованию: несоблюдение диеты, прием других слабительных препаратов, несоблюдение алгоритма приема назначенного препарата и объема дополнительной жидкости, недоверие к врачу, плохое понима-

ние важности этапа подготовки к исследованию, страх возможного дискомфорта во время приема препарата. К внутренним факторам, влияющим на подготовку к колоноскопии, по нашему мнению, следует отнести: пол и возраст пациента, синильные изменения, хронические запоры, сопутствующую патологию (выраженную сердечную патологию, сахарный диабет, хроническую почечную недостаточность), анатомические особенности строения и расположения толстой кишки, наличие

спаечного процесса в брюшной полости после хирургических вмешательств.

Выводы

Возможность индивидуального и адекватного выбора препарата позволяет повысить качество подготовки пациента к исследованию. Беседа с больным самый главный этап в его психологической и физиологической подготовке к исследованию.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОВ К КОЛОНОСКОПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПЕЦИАЛИСТА, КОНСУЛЬТИРУЮЩЕГО ПАЦИЕНТА ПЕРЕД ИССЛЕДОВАНИЕМ

Полянцев А. А., Иевлев В. А., Карпенко С. Н., Каплунова Е. В.
ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет МЗ РФ

г. Волгоград

Введение

Колоноскопия выполняется уже более 60 лет, но вопросы подготовки кишечника к исследованию не утрачивают своей актуальности. Качественная подготовка кишечника — залог высокоинформативных результатов колоноскопии. Эффективность диагностики патологии кишечника при колоноскопии во многом зависят от качества его очищения. Сегодня в арсенале гастроэнтерологов и эндоскопистов имеется множество эффективных пероральных средств, позволяющих достигать высокого качества подготовки кишечника и сохранять благоприятное отношение пациентов к подготовке и проведению колоноскопии.

Только адекватная подготовка толстой кишки, гарантирующая качественный результат, позволяет точно поставить диагноз, сократить время выполнения процедуры, избежать повторных вмешательств. Последние, как известно, увеличивают финансовые и трудовые затраты. В случае неадекватной подготовки кишечника к выполнению исследования снижается его диагностическая ценность, возрастает риск пропуска патологического очага.

Современный фармацевтический рынок предлагает большой спектр препаратов для качественной подготовки кишечника. К ним предъявляются следующие требования:

- легкая переносимость пациентом;
- безопасность и безвредность;
- минимальные побочные эффекты со стороны других органов и систем;
- не усугублять тяжесть состояния пациента;
- не искажать эндоскопическое изображение (цвет, контуры, блеск, отражение и т. п.);
- не ограничивать применение витальных красителей и других видов эндоскопической диагностики и лечения (коагуляция, лазер, фотодинамическая терапия и т. п.);
- фармакоэкономическая ценность;
- не оказывать повреждающего действия на эндоскопическое оборудование.

Кроме того, должна сохраняться возможность приостановить или прервать подготовку в случае возникновения

непереносимости, осложнений или нежелательных явлений на фоне применения препарата.

Оценить с позиций доказательной медицины, насколько хорошо кишечник подготовлен к проведению колоноскопии, можно с помощью единых критериев. С этой целью мы используем шкалу Boston Bowel Preparation Scale (BBPS) для обеспечения необходимой нормы оценки качества подготовки кишечника к колоноскопии, предложенную в 2009 г. American Gastroenterological Association — Американская гастроэнтерологическая ассоциация (AGA). Согласно этой классификации толстая кишка подразделяется на три участка — левый, средний и правый. Каждый из сегментов оценивается по 3-балльной системе:

0 баллов — кишечник не готов к обследованию, слизистая оболочка не визуализируется.

1 балл — удовлетворительная подготовка к процедуре. Проведение осмотра затрудняют каловые массы, пена, непрозрачная жидкость. Слизистая частично просматривается эндоскопом.

2 балла — кишечник к исследованию хорошо подготовлен, слизистая доступна визуализации, в просвете кишки незначительное количество мутных вод, которые можно удалить аспиратором.

3 балла — кишка чистая, дополнительные примеси отсутствуют.

Сумма баллов больше 6 свидетельствует о хорошей подготовке кишечника. Максимальный показатель по этой шкале составляет 9.

Целью данного исследования было определение качества подготовки толстой кишки к эндоскопическому исследованию в зависимости от того, кто разъясняет пациенту алгоритм применения перорального препарата для очищения кишечника: лечащий врач, врач-эндоскопист, либо сотрудник call-центра.

Материалы и методы исследования

Работа выполнялась на базе эндоскопического отделения клиники общей хирургии ВолгГМУ, ГБУЗ ВОКБ

№ 1, г. Волгоград. Инструментальному исследованию подверглись 60 пациентов (N=60), преимущественно женщины (81,7%) в возрастной когорте 52±4 года. Для точности оценки были выбраны пациенты с одинаковой схемой подготовки кишечника. За 3 суток до исследования назначалась бесшлаковая диета, накануне исследования вечером назначался прием 1 л солевого слабительного средства, содержащего макрогол, с последующим употреблением 500 мл разрешенной жидкости (вода, сок, несладкий чай); в день исследования утром — повторение вечерней схемы за 4–5 часов до планируемой процедуры. Колоноскопия проводилась на аппаратах SonoScare, Pentax у пациентов, разделенных на 3 равноценные группы сравнения по 20 человек:

1 группа — пациенты, получившие консультацию по подготовке у лечащего врача, чаще всего гастроэнтеролога;

2 группа — консультированы врачом-эндоскопистом;

3 группа — пациенты, получившие информацию о подготовке в call-центре.

Оценка качества подготовки кишечника проводилась во время проведения колоноскопии по шкале Boston.

Результаты. Наименее скромные результаты оказались в группе, где консультации пациентов проводились специалистами call-центра — 5–6 баллов у 19 больных (95%). В случае подготовки кишечника пациента лечащим врачом качество оценки подготовки оказалось выше, на уровне 6–8 баллов у 17-ти пациентов (85%) и 5 у 3 больных (15%). Наиболее значимые результаты по подго-

товке кишечника к исследованию наблюдались в группе, где в качестве консультанта выступал врач-эндоскопист — показатель степени очищения кишечника расценивался близко к максимальному (7–9 баллов) у всех 20 рассматриваемых пациентов.

Заключение

Качественная подготовка пациента к колоноскопии — один из ключевых моментов, определяющий успех процедуры. Современный фармацевтический рынок предоставляет большой выбор препаратов для подготовки кишечника перед колоноскопией. Все они имеют свои преимущества и недостатки. На наш взгляд, специалисты call — центра ввиду объективных причин не могут адекватно оценить состояние пациента и подобрать согласно его особенностям препарат для полного очищения толстой кишки, а также донести до больного важность всех этапов подготовки. Наше исследование продемонстрировало, что диагностическая ценность колоноскопии ожидается более высокой при подготовке кишечника в случае предварительного консультирования пациента врачом, имеющим наиболее глубокие знания и опыт в этой области, т. е. эндоскопистом. Предварительная беседа дает возможность врачу данной специальности иметь индивидуальный подход к пациенту, изучить анамнез его заболевания, подобрать необходимый препарат для подготовки к колоноскопии. Поэтому считаем целесообразным в рабочем расписании дня врача-эндоскописта выделять время для консультации пациента перед колоноскопией.

ОПЫТ ПОЛНОСТЕННОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ FTRD-SYSTEM

Понеделков В. В., Лукьянчук Р. М., Федотов Б. Л., Алексеев С. М.
ГБУЗ «Ленинградский областной клинический онкологический диспансер»

г. Санкт-Петербург



■ Понеделков В. В.



■ Лукьянчук Р. М.



■ Федотов Б. Л.



■ Алексеев С. М.



Рис. 1. до FTRD



Рис. 2. В режиме NBI

FTRD- system — представляет собой новый метод эндоскопического лечения образований толстой кишки, которые крайне сложно удалить с помощью стандартных эндоскопических методов.

Цель этого исследования, оценить техническое удобство и малоинвазивный метод резекции образований толстой кишки, частоту рецидивов, а также ранние или поздние осложнения у пациентов, перенесших удаление образований с помощью полностенной резекции опухолей толстой кишки (FTRD)

Были проанализированы данные о 9 пациентах, которым в период с мая 2019 года по январь 2020 года было проведено 9 полностенных резекции.

Было выполнено 9 полностенных резекции у 3-х мужчин и 6 женщин (средний возраст \pm 72 года). Средний размер образований, удаленных с помощью FTRD, составил (\pm 2.2 см) Местом расположения были прямая кишка (n = 2), сигмовидная кишка (n =2), поперечно-ободочная кишка (n =1), купол слепой кишки (n =4). Среднее время процедуры составило (\pm 56 минут), а среднее время пребывания в стационаре составило (\pm 4 дня) У одного пациента (11.1%), возникла отсроченная перфорация на 2-е сутки, выполнено немедленное лапароскопическое ушивание дефекта.

Гистология 9 поражений, удаленных с помощью FTRD, показала одну аденому с интраэпителиальной неоплазией низкой степени (11.1%), одну аденому с интраэпителиальной неоплазией высокой степени тяжести (11.1%), в одном нейроэндокринная опухоль толстой кишки (11.1%), G-1 аденокарцинома в 3-х случаях (33.3%), G-2 аденокарцинома в 3-х случаях (33.3%) (в одном с признаками лимфосудистой инвазии) Технический успех был достигнут в 8/9 операции, Резекция R0 была достигнута у 9/9 пациентов (100%). Одному (11.1%)

пациенту была выполнена лапароскопически-ассистированная правосторонняя гемиколэктомия с расширенной лимфаденэктомией из-за лимфососудистой инвазии. Гистологически из ложа удаленного образования рост грануляционной ткани, без признаков продолженного опухолевого роста, также лимфоузлы типового гистологического строения.

Вывод

На основании полученных результатов можно сделать вывод, что система FTRD может быть успешно использована для полнотенной резекции образований различных отделов толстой кишки. Она показала себя как эффективная и безопасная процедура.

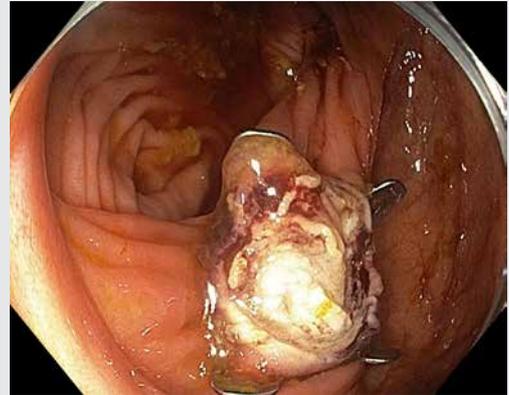


Рис. 3. После FTRD

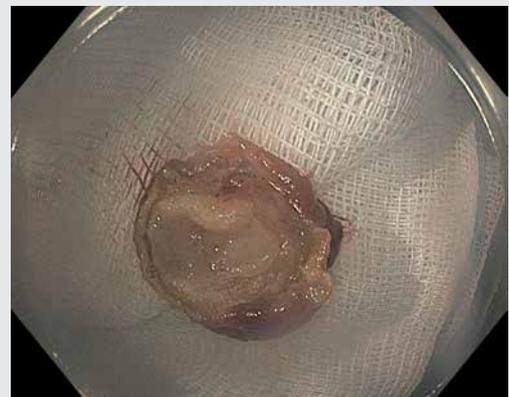


Рис. 4. Послеоперационный материал



Рис. 5. Контроль после 6 месяцев

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ РАНДОМИЗИРОВАННОГО ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ НА ЭТАПАХ РАДИКАЛЬНОГО И ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТЕНОЗИРУЮЩИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Руденко И.Э., Павлов П.В., Сидорова Л.В., Федоренко А.А., Царьков П.В.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет)

г. Москва



■ Павлов П. В.



■ Сидорова Л. В.



■ Федоренко А. А.



■ Царьков П. В.

Актуальность

Более чем у трети пациентов колоректальный рак манифестирует с обтурационной толстокишечной непроходимостью (ОТКН). Основной задачей при лечении ОТКН является декомпрессия толстой кишки, которая может быть осуществлена путем установки саморасширяющегося металлического стента либо формирования колостомы. На данный момент отсутствуют исследования, напрямую сравнивающие разгрузочную стому с эндоскопическим стентированием для подготовки к радикальному хирургическому лечению у пациентов со стенозирующим колоректальным раком.

Цель исследования

Определить оптимальную тактику при лечении обтурационной толстокишечной непроходимости у больных стенозирующим колоректальным раком, оценить качество декомпрессии кишки у пациентов, готовящихся к последующему радикальному противоопухолевому лечению.

Материал и методы

Проведен анализ промежуточных результатов рандомизированного проспективного исследования, посвященного сравнению двух методов при выборе тактики лечения ОТКН. Проанализированы данные 19 больных колоректальным раком, осложненным обтурационной толстокишечной непроходимостью (ОТКН). На этапе выбора метода разрешения ОТКН в первой группе пациентов выполнялась установка металлического саморас-

ширяющегося кишечного стента (группа 1, n=11), второй группе пациентов проводилось формирование разгрузочной стомы (группа 2, n=8). Проанализированы сроки активизации после экстренного вмешательства, сроки готовности пациентов к выполнению плановой операции, количество осложнений. Для статистической обработки данных использовалась программа SPSS v. 23, при сравнении средних значений применялся t-критерий, для анализа непараметрических данных — критерий Манна-Уитни. Для выявления связей между факторами проведен корреляционный анализ Пирсона. Статистически значимыми признавались различия между группами при $p=0.05$.

Результаты

Пациенты в группах были сопоставимы по возрасту (средний возраст в группе 1— $63,18 \pm 4,6$, в группе 2— $52,5 \pm 5,34$; $p = 0,15$), полу ($p=0,96$), стадии и локализации опухоли ($p = 0,55$ и $p=0,9$ соответственно), и тяжесть состояния по шкале SOA. Все пациенты в 1 группе были активизированы в первые часы после разрешения толстокишечной непроходимости, во второй группе сроки активизации составили ($1,88 \pm 0,12$ сут., $p < 0,05$). Сроки от разрешения ОТКН до полной подготовки к радикальной операции значимо не отличались и составили $5,5 \pm 2,1$ и $6,8 \pm 0,9$ соответственно, $p=0,62$). Тем не менее, была выявлена сильная корреляция между сокращением сроков до полной подготовки и стентированием опухолевого стеноза ($r=0,88$; $p=0,04$). Осложнений, связанных непосредственно со стентированием — пер-

форация стенки, кровотечение или дислокация стента отмечено не было. Так же не было осложнений, непосредственно связанных с колостомией — кровотечения из краев раны, пролапса, ретракции. Однако, отмечена равная частота несостоятельности швов анастомоза в послеоперационном периоде — после выполнения радикального хирургического лечения, которая статистически значимо не отличалась и отмечена у 1 пациента в каждой группе ($p=0,8$). Несостоятельность шва вероятно была связана с неудовлетворительной декомпрессией и не готовностью кишки к формированию анастомоза.

Выводы

Установка саморасширяющегося кишечного стента и формирование разгрузочной стомы являются безопасными и эффективными методами разрешения ОТКН перед радикальной хирургической операцией по поводу стенозирующего колоректального рака, не ведущими к увеличению частоты осложнений и позволяющими избежать формирования толстокишечной стомы во время выполнения радикального хирургического вмешательства. Стентирование опухолевого стеноза позволяет активизировать пациентов в более ранние сроки, быстрее подготовить к плановой радикальной операции, уменьшить социальную дезадаптацию пациента.

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИССЕКЦИИ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ (ESD) ПО ПОВОДУ ЦИРКУЛЯРНЫХ И СУБЦИРКУЛЯРНЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Смирнов А.А., Блинов Е.В., Блинова Е.С., Конкина Н.В., Хачиров М.Ф., Бураков А.Н., Мерзляков В.М.
ГБОУ ВПО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

г. Санкт-Петербург

Введение

Эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (ESD) является золотым стандартом эндоскопического лечения эпителиальных новообразований толстой кишки большой площади в связи с тем, что имеет значительно меньший процент местных рецидивов по сравнению с фрагментарной резекцией слизистой. Согласно рекомендациям Японской Ассоциации по лечению рака толстой кишки эндоскопическому лечению методом ESD могут быть подвергнуты новообразования любого размера. Однако, удаление образований, занимающих более 75% окружности, сопряжено с высоким риском развития послеоперационной стриктуры.

Материалы и методы

За период с апреля 2016 по февраль 2020 года в нашей клинике было выполнено 647 эндоскопических диссекций в подслизистом слое по поводу эпителиальных новообразований в различных отделах толстой кишки.

слепая кишка – 71 (11 %);
восходящая кишка – 97 (15 %);
поперечно-ободочная кишка - 78 (12 %);
нисходящая кишка – 32 (5 %);
сигмовидная кишка – 181 (28 %);
прямая кишка – 188 (29 %).

Из них: 52 (8%) с объемом поражения более $\frac{3}{4}$ окружности.

Операции проводились по стандартной методике эндоскопической диссекции в подслизистом слое. Использовались видеогастроскопы Pentax EG 29i10, ЭХБ Erbe 300D, электрохирургические ножи FineMedics (Ю.Корея) I-тип, Q-тип, эндоскопические клипсы Olympus и EndoStars.

Методика

С целью предотвращения развития послеоперационной стриктуры начиная с первых суток после выполнения диссекции, пациенту назначались глюкокортикостероиды (преднизолон) по схеме:

Первая неделя – 30 мг
Вторая неделя – 25 мг
Третья неделя – 20 мг
Четвертая неделя – 15 мг

Пятая неделя – 10 мг

Шестая неделя – 5 мг с последующей отменой препарата.

Первый контрольный осмотр проводился через 3 недели.

При необходимости проводились сеансы баллонной дилатации: с третьей по шестую неделю – 1 раз в 7 дней; с седьмой по десятую неделю – 1 раз в 14 дней.

Результаты

Все образования были удалены методом ESD единым блоком, без осложнений. Минимальное время операции – 84 минуты, максимальное время операции составило 450 минут (среднее время манипуляции – 150 минут).

В послеоперационном периоде было необходимо выполнение от 1 до 15 сеансов баллонной дилатации (среднее число – 6). Пациентам с циркулярными дефектами потребовалось от 7 до 15 сеансов. Из 52 пациентов 48 получали терапию ГКС, на фоне чего потребовалось меньшее количество сеансов баллонной дилатации (в среднем на 4 сеанса).

16 пациентов кроме терапии глюкокортикостероидами дополнительного лечения не получали. При динамическом наблюдении клинически значимых сужений просвета выявлено не было.

У одного пациента после выполнения баллонной дилатации после ESD по поводу рецидивного циркулярного эпителиального новообразования ректосигмоидного изгиба был выявлен полностенный дефект стенки кишки. Оперативное лечение не потребовалось. Пациент лечился консервативно.

Выводы

1. Эпителиальные новообразования толстой кишки, занимающие более $\frac{3}{4}$ окружности могут быть удалены эндоскопически методом подслизистой диссекции.

2. При наличии субциркулярных и циркулярных послеоперационных дефектов, особенно в зонах анатомических сужений и изгибов, повышается риск возникновения рубцовых стриктур.

3. С целью лечения и профилактики развития послеоперационных стриктур целесообразно назначение ГКС и проведение сеансов баллонной дилатации.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Солоницын Е. Г., Данилов И. Н., Киреев Ш. У., Ковалев А. А.
НМИЦ им. В. А. Алмазова

г. Санкт-Петербург

Реконструктивные операции на толстой кишке остаются сложной проблемой в хирургии. Предшествующие оперативные вмешательства зачастую проводятся в экстренном порядке, на фоне перитонита, ишемических и некротических изменений кишки. Следствием этого является выраженный спаечный процесс в брюшной полости, измененная анатомия и трудности в распознавании анатомических структур [1].

Все это в значительной степени усложняет отсроченные реконструктивные вмешательства, увеличивает их продолжительность, требует большого опыта хирургической бригады. Одним из известных осложнений, возникающих у 2–22% пациентов данной группы, являются стриктуры межкишечных анастомозов [2]. В ряде случаев стриктуры носят бессимптомный характер, однако встречается выраженное сужение просвета вплоть до полной его облитерации. Перспективным методом лечения данных стриктур являются интервенционные вмешательства под ЭУС-навигацией.

Недавние достижения в этой области привели к концепции «эндоскопических желудочно-кишечных анастомозов» с использованием металлических стентов, устанавливаемых под контролем ЭУС, которые, в частности, показали эффективность у пациентов с обструкцией выходного отдела желудка при образованиях поджелудочной железы. Однако если у пациентов с опухолевыми стриктурами стенты устанавливаются пожизненно, то у пациентов с доброкачественными стриктурами рекомендуемые сроки удаления стента остаются неясными. [3]

Цель сообщения

Продemonстрировать возможности эндоскопического комплексного лечения для восстановления непрерывности толстой кишки у пациента с доброкачественным заболеванием.

Пациент Р, 42 лет поступил в мае 2019 на хирургическое отделение в НМИЦ им. В.А. Алмазова с диагнозом «Послеоперационная стриктура сигмовидной кишки с полной облитерацией просвета. Состояние после резекции участка поперечной ободочной кишки с формированием трансверзостомы, формирование петлевой сигмостомы, резекции участка тощей кишки с формированием тонко-тонкокишечного анастомоза, холецистэктомии, ушивания ранений правой доли печени от 08.2017; ликвидации трансверзостомы от 12.2017; передней резекции прямой кишки от 04.2018». Целью

госпитализации явилось решение вопроса об эндоскопическом лечении.

Из анамнеза известно, что в августе 2017 г. было получено 2 огнестрельных ранения живота с повреждением поперечной ободочной кишки, печени, тонкой кишки, прямой кишки, отрывом желчного пузыря.

В экстренном порядке пациенту была выполнена резекция тонкой кишки, ушивание разрывов печени, холецистэктомия, формирование трансверзостомы с резекцией части поперечной ободочной кишки. Выявлено повреждение прямой кишки по задней стенке в 7 см от ануса, которое не удалось ушить интраоперационно, было выполнено вскрытие параректальных пространств справа и слева. С целью исключить из пассажа прямую кишку выполнена петлевая сигмостомия.

В декабре 2017 года выполнена ликвидация трансверзостомы.

Через 2 месяца выполнена попытка закрытия сигмостомы, однако выявлена стриктура прямой кишки.

В апреле 2018 — передняя резекция прямой кишки. В июле 2018 при ректороманоскопии выявлено сужение просвета сигмовидной кишки до щелевидного на уровне 16 см от наружного отверстия колостомы. При осмотре через анус: на уровне 10 см — циркулярная стриктура с сужением просвета до 9 мм. В октябре 2018 на колоноскопии выявляется уже полная облитерация просвета сигмовидной кишки на уровне 16 см от колостомы.

Суммарно на момент госпитализации больному было выполнено 4 операции на брюшной полости на протяжении 21 месяца.

Учитывая множественные предшествовавшие операции, выраженный рубцово-спаечный процесс в брюшной полости, высокие риски повторной лапаротомии и попытки реконструктивной операции было принято решение о попытке эндоскопического восстановления непрерывности толстой кишки под ЭУС наведением.

16.05.2019 Выполнена операция «Формирование ректосигмоидального соустья под комбинированным EUS и рентгеновским контролем. Стентирование стриктуры нитиноловым полностью покрытым саморасправляющимся стентом.»

Эхоэндоскоп заведен через стому в отводящую петлю сигмовидной кишки. Культия прямой кишки заполнена жидкостью. При помощи цистотома под ЭУС-наведением выполнена пункция просвета прямой кишки. После последовательного дилатирования бужами 3–9 мм, под Rg



Рис. 1.
Предоперационная
проктография



Рис. 2. Пункция
просвета
прямой кишки
под EUS-наведением



Рис. 3.
Установленный само-
расправляющийся
нитиноловый стент

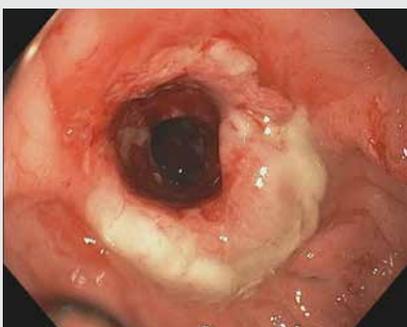


Рис. 4.
Сформированный
канал после
удаления стента

контролем в сформированный канал установлен нитиноловый полностью покрытый саморасправляющийся стент (26–14–26*40 мм, производитель M.I. Tech).

Послеоперационный период протекал спокойно, без осложнений.

Стент удален через 1 месяц. После его удаления определяется хорошо сформированное межкишечное соустье, шириной около 1 см, с выраженными грануляциями по окружности.

С целью поддержания диаметра отверстия и формирования стабильного соустья в течение 6 месяцев было проведено 3 сеанса бужирования и 1 сеанс баллонной дилатации. Пациенту были даны рекомендации по самостоятельной профилактической дилатации просвета катетером Фолея. После того, как удалось добиться стабильного просвета соустья более 10 мм, 14.11.2019 пациенту была выполнена операция по ликвидации сигмостомы.

В настоящее время диаметр толстой кишки на уровне стриктуры около 12 мм, клинически стриктура не значима. Повторных хирургических вмешательств выполнено не было.

Выводы

Энтеростомия под ЭУС наведением, в ряде случаев может быть использована для формирования межкишечного соустья у пациентов с доброкачественными заболеваниями.

Требуется дальнейшее изучение и совершенствование эндоскопических методик формирования межкишечного соустья под ЭУС наведением и особенностей ведения пациентов в послеоперационном периоде.

Список литературы

1. Horesh, N., Rudnicki, Y., Dreznik, Y., Zbar, A. P., Gutman, M., Zmora, O., & Rosin, D. (2017). Reversal of Hartmann's procedure: still a complicated operation. *Techniques in Coloproctology*, 22(2), 81–87. doi:10.1007/s10151-017-1735-4
2. Werre A, Mulder C, Van Heteren C, Bilgen ES. Dilatation of benign strictures following low anterior resection using Savary–Gilliard bougies. *Endoscopy* 2000; 32: 385–8.
3. Amateau, S. K., Lim, C. H., McDonald, N. M., Arain, M., Ikramuddin, S., & Leslie, D. B. (2018). EUS-Guided Endoscopic Gastrointestinal Anastomosis with Lumen-Apposing Metal Stent: Feasibility, Safety, and Efficacy. *Obesity Surgery*, 28(5), 1445–1451.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАННЕГО РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Сухин Д. Г., Пирогов С. С., Водолеев А. С., Карпова Е. С., Перфильев И. Б.,
Веселов В. В., Беляева Т. В., Телегина Л. В., Николаев А. Л., Погорелов Н. Н.
МНИОИ им Герцена

г. Москва

При проведении эндоскопического исследования нижних отделов желудочно-кишечного тракта, зачастую, большее внимание уделяется осмотру ободочной кишки, тогда, как детальный осмотр нижеампулярного отдела прямой кишки и анального канала осуществляется не столь внимательно. Врач-эндоскопист, осмотревший ободочную кишку, может пропустить изменения относящиеся к нижеампулярному отделу прямой кишки и анальному каналу, быстро извлекая видеоэндоскоп и не используя методику осмотра данной области в режиме ретрофлексии. Что может быть связано с излишней уверенностью врача в выполнении исследования, а также техническими сложностями при выполнении осмотра в ретрофлексном режиме, при осмотре внутреннего анального сфинктера и быстром выведении аппарата из анального канала при неуверенной визуализации самого анального канала. Известно, что анальный канал — это область, которую обследуют врачи-проктологи, однако и при эндоскопическом исследовании возможно выявление рака анального канала, в том числе — и на ранних стадиях опухолевого процесса.

Если говорить о заболеваемости раком анального канала в мире, то действительно в нашей стране она не очень высока — 0,33/100 000, тогда как в Европе и США — составляет 1,4/100 000 населения (International Agency for Research on Cancer 2019). Однако показатели смертности в нашей стране самые высокие и составляют 119,2/100 000, против 91,0/100 000 в США и 109,2/100 000 в Европе. Следует отметить, что в России нет разделения, при обработке статистических данных, на опухоли прямой кишки и опухоли анального канала. Однако это принципиально разные новообразования. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями, как мужского, так и женского населения на долю рака прямой кишки приходится 5,3% и 4,4% соответственно. Общая заболеваемость за 10 лет в нашей стране возросла на 20%, несколько снизилась смертность, но она все равно высокая — годовичная летальность, по данным академика А. Д. Каприна, составляет 23,1%. Средний возраст заболевших составляет 66,5 лет. К сожалению, рак анального канала при профилактических осмотрах выявляется крайне редко, и первая стадия опухолевого процесса выявляется не более чем в 10–11% случаев. Надо отметить, что все эти данные характеризуют в сумме рак анального канала и рак прямой кишки. В то же время, в странах Европы и США отдельно анализируется заболеваемость раком анального канала и раком прямой кишки. Согласно определению, рак анального канала — злокачественное новообразование, возникающее в области, прорисованной границей кото-



■ Сухин Д. Г.

рой является край аноректальной линии, а дистальной — является место соединения дермы с перианальной кожей. Среди больных преобладают женщины, соотношение с мужчинами составляет 7:1.

Среди факторов риска развития рака анального канала в первую очередь следует отметить: вирус папилломы человека, доказанный в развитии плоскоклеточных раков, и, особенно, для рака анального канала; вирус иммунодефицита человека; иммуносупрессию — при вирусе иммунодефицита человека или после трансплантации; анальный секс с множеством сексуальных партнёров. Тем не менее, в канцерогенезе при раке анального канала основную роль отводится вирусу папилломы человека. Существуют обратимые и необратимые варианты течения вируса папилломы человека. В случае развития обратимого варианта — «репродуктивной инфекции», у пациента возникает ремиссия заболевания. В случае развития необратимого варианта — «интегративной инфекции», у пациента происходят изменения, с появлением атипичных клеток и развивается плоскоклеточная карцинома.

Согласно клиническим рекомендациям министерства здравоохранения РФ с целью диагностики рака анального канала пациентам рекомендуется выполнять колоноскопию или аноскопию со взятием множественной биопсии — до пяти кусочков. Учитывая современные мультимодальные диагностические методики, по нашему мнению, возможно выполнять таргетно (прицельно) забор материала и постепенно отходить от множественной биопсии. К дополнительным рекомендуемым МЗ РФ методам диагностики можно отнести пункцию регионарных лимфоузлов, МРТ малого таза, рентген грудной клетки, рекомендуется также определение онкомаркеров SCC для плоскоклеточного рака. В международных рекомендациях для пациентов, основным способом диагностики рака анального канала признано считать исследование мазка с окраской по Папаниколау (ПАП-мазок) и обязательное

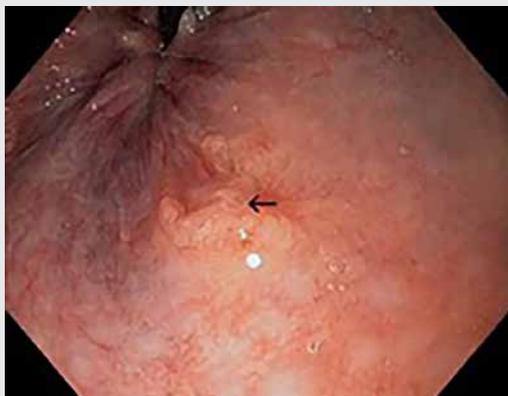


Рис. 1

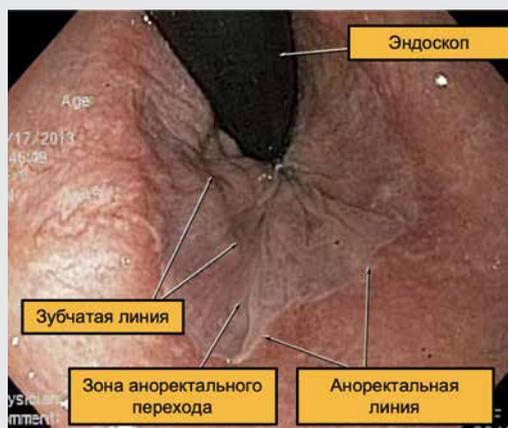


Рис. 2



Рис. 3

определение вируса папилломы человека, с последующим (по результатам полученных данных) проведением эндоскопических методик.

Необходимыми условиями правильной эндоскопической диагностики рака анального канала, на наш взгляд, является соблюдение ряда обязательных условий осмотра: ретрофлексный осмотр (Рисунок 1), качественная подготовка кишки, осмотр в прямой проекции с колпачком, медленное выведение видеоэндоскопа и применение методик узкоспектральной эндоскопии. Следует коротко остановиться на анатомии анального канала. Многие из нас считают, что зона перехода плоского эпителия в железистый это и есть зубчатая линия — нет, это не так. Для анального канала зона границы плоского и железистого эпителия является аноректальная линия, зубчатая линия располагается ниже, т. к. в зоне между зубчатой линией и аноректальной линией плоский эпителий покрывает железистый эпителий (Рисунок 2).

Для эндоскопической диагностики рака анального канала отдельные авторы рекомендуют использованием хромоэндоскопии с раствором Люголя, который селективно абсорбируется клетками плоского эпителия и не накапливается в железистом и в клетках плоскоклеточного рака. Есть публикации японских авторов о возможности использования хромоэндоскопии с индигокармином при раке анального канала с распространением на нижнеампулярный отдел прямой кишки. Большие возможности в диагностике рака анального канала открывают различные, в том числе — комбинированные оптические технологии — узкоспектральная эндоскопия (Рисунок 3), узкоспектральная эндоскопия в сочетании с использованием уксусной кислоты и узкоспектральная эндоскопия с увеличением. При использовании последней японские авторы рекомендуют использовать для определения рака анального канала, по аналогии с ранним раком пищевода, классификацию капиллярных петель слизистой оболочки проф. Н. Иноуэ. Некоторые авторы предлагают использовать для выявления раннего рака анального канала и аутофлуоресцентную эндоскопию. Эндоскопическая ультразвукография, также может применяться при раннем раке анального канала для оценки глубины его инвазии.

В Московском научно-исследовательском онкологическом институте им. П.А. Герцена, филиале ФГБУ «НМИЦ Радиологии» в период с 2016–2019 г. ранний рак анального канала был выявлен эндоскопически у 5 пациентов. При стадии 0 (TisN0M0), в эту группу входит и тяжелая дисплазия и стадия I (T1N0M0), основным методом лечения является местное органосохраняющее хирургическое иссечение. В случае если в последующем возникает рецидив заболевания, то повторно рассматривается возможность местного хирургического лечения. Если оно невозможно, пациенты направляются на химиолучевое лечение. В мировой литературе опубликованы и результаты экспериментального эндоскопического лечения — резекции слизистой оболочки с диссекцией в подслизистом слое у 6 пациентов.

Таким образом, при соблюдении рекомендуемых требований к эндоскопическому исследованию у пациентов групп риска и первичной диагностики при стандартной колоноскопии возможно выявление рака анального канала на ранней стадии опухолевого процесса.

ЗНАЧЕНИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОВЕРХНОСТНЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Халин К. Д.^{1,2}, Агапов М. Ю.³, Фёдоров Е. Д.^{4,5}, Зверева Л. В.¹, Стегний К. В.^{2,6}, Огурченок Н. Е.¹, Иванова Е. В.^{7,8}, Двойникова Е. Р.^{2,6,9}, Горбачев Е. В.¹⁰

¹ ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Владивосток

² Институт хирургии ФГАОУ ВО Тихоокеанский государственный медицинский университет, г. Владивосток

³ СПбГБУЗ Городской клинический онкологический диспансер, г. Санкт-Петербург

⁴ ГБУЗ Городская клиническая больница № 31 ДЗМ, г. Москва

⁵ ГОУ ВПО Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова

⁶ Центр хирургии ФГАОУ ВО Дальневосточный федеральный университет, Медицинский центр, г. Владивосток

⁷ Медицинский центр «Петровские ворота» г. Москва

⁸ НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, г. Москва

⁹ Медицинский центр, г. Владивосток

¹⁰ ГБУЗ Городская клиническая больница № 31 ДЗМ, г. Москва

Актуальность

Ряд авторов рекомендуют выполнять биопсию всех поверхностных новообразований толстой кишки. Имеются одиночные сообщения о недостаточной чувствительности и специфичности предоперационной биопсии. Перспективных рандомизированных мультицентровых исследований, посвященных данной проблеме, нет.

Цель исследования

Оценить значение предоперационной биопсии в диагностике ПЭН толстой кишки, проанализировать влияние различных факторов на ее достоверность.

Материалы и методы

Исследование носило мультицентровый (3 медицинских учреждения), проспективный, рандомизированный характер и включало 211 пациентов с 258 ПЭН толстой кишки. Средний возраст пациентов 62,1±10,7 лет (33–84 года). Мужчин — 110, женщин — 148 человек. Всем пациентам выполнялась эндоскопическая биопсия с наиболее подозрительных мест согласно протоколу исследования (<10 мм — один биоптат, 11–25 мм — два биоптата, 26–40 мм — три биоптата, >40 мм — четыре биоптата), результаты биопсии в дальнейшем сравнивались с данными прижизненных патологоанатомических исследований операционного материала (далее — ППИОМ), выполненных после полного удаления образований.

Анализовались чувствительность, специфичность и точность предоперационной биопсии, а также влияние на эти показатели следующих факторов: вид форцепта (стандартного размера с диаметром раскрытия чашек 6,5 мм — далее в тексте «стандартные», или джамбо с увеличенным объемом чашек и диаметром раскрытия 8,5 мм — далее в тексте «джамбо»), размер образования, его тип по Парижской классификации эпителиальных неоплазий, локализация. Опухоли с эндоскопическими признаками глубокого инвазивного роста (бесструктурная

поверхность: III тип по NICE или 3 тип по JNET или Vn тип кишечных ямок по Kudo), синдромы полипозов (диффузный семейный полипоз, синдром Гарднера, синдром зубчатого полипоза и др) являлись критерием исключения из исследования.

Результаты исследования

Средний размер образований 20,4±0,9 мм в наибольшем измерении (5–120 мм). По данным предоперационной биопсии было выявлено 43 гиперпластических полипа (ГП); 201 аденома (в том числе 55 зубчатых аденом), из них 63 — с тяжелой дисплазией; 14 карцином. Тогда как по данным ППИОМ было диагностировано 17 ГП; 202 аденомы (в том числе 90 зубчатых аденом), из них 82 — с тяжелой дисплазией; 39 карцином, из них 10 — с инвазией в подслизистый слой.

Полное совпадение результатов биопсии и ППИОМ наблюдалось в 119 случаях (46,1%). В 78 случаях (30,2%) был неверно определен тип новообразования, в 44 случаях (17%) — неверно оценена степень дисплазии, в 17(6,7%) случаях — и тип образования, и степень дисплазии. В 20 случаях по данным биопсии не был диагностирован рак слизистой, еще в 5 случаях — рак с инвазией в подслизистый слой. Из 43 ГП, выявленных по данным биопсии, окончательная гистологическая картина после удаления соответствовала зубчатым аденомам в 25 случаях, аденомам — в 5 и раку слизистой — в 1 наблюдении.

Таким образом, чувствительность и специфичность биопсии в дифференциальной диагностике ГП от других ПЭН составила 86,7% и 87,6% соответственно, а прогностичность положительного и отрицательного результатов (ППР и ПОР) составила 30,2% и 99% соответственно.

Зубчатые аденомы по данным предоперационной биопсии были выявлены в 55 случаях, однако после ППИОМ было верифицировано 90 зубчатых аденом. Чувствительность и специфичность биопсии здесь соста-

вили 50% и 95% соответственно, а ППР и ПОР — 84,9% и 77,8% соответственно. Фокусы аденокарциномы в ПЭН по результатам биопсии были выявлены лишь в 11 наблюдениях из 39 аденокарцином, диагностированных по результатам ППИОМ.

Таким образом, для дифференциальной диагностики фокусов аденокарцином в аденомах чувствительность и специфичность составила 30,5% и 100% соответственно, а прогностичность положительного и отрицательного результатов составила 100% и 89,7%.

В диагностике тяжелой дисплазии чувствительность и специфичность предоперационной биопсии составили 49,4% и 87,4% соответственно, а ППР и ПОР составили 65% и 78,5% соответственно. Из анализируемых факторов на точность биопсии достоверно влиял только размер образования: средние размеры ошибочно диагностированных образований были достоверно больше, чем те, биопсия которых точно совпала с ППИОМ ($22,6 \pm 1,4$ мм и $17,5 \pm 0,95$ мм в наибольшем измерении соответствен-

но, $p=0,005$). При сравнении типов форцептов (стандартный форцепт против джамбо), чувствительность предоперационной биопсии в диагностике зубчатых аденом, тяжелой дисплазии и карциномы в абсолютных числах была несколько выше для форцептов типа Джамбо (40,6% против 63,6%; 52,4% против 64,8% и 23,8% против 50% соответственно), однако разница статистически недостоверна. Для остальных статистических характеристик (специфичность, точность, ППР и ПОР) результаты были сопоставимы.

Выводы

Предоперационная биопсия имеет низкую диагностическую ценность при ПЭН толстой кишки и не может быть использована для дифференциальной диагностики ГП и зубчатых аденом, а так же для исключения фокуса карциномы в ПЭН. Точность биопсии уменьшается с увеличением размеров новообразования и не зависит от других анализируемых факторов, включая тип форцепта.

СЛУЧАЙ РЕГРЕССА МЕЛАНОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТА С РАКОМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Цветков М. С., Десятов Е. Н., Казанцева Н. В.
ГАУЗ СО Свердловский областной эндоскопический диспансер

г. Екатеринбург

Меланоз толстой кишки у взрослых встречается в 4% случаев, при этом для развития патологии на фоне приёма слабительных средств должно пройти больше года.

Представлен клинический случай меланоза толстой кишки и его регресса после устранения причин обстипации. Случай подтверждён результатами гистологического исследования. Цель нашего наблюдения — демонстрация отдаленных результатов лечения.

Введение

Меланоз толстой кишки — редкая патология, связанная с применением растительных слабительных препаратов, содержащих антрагликозиды (антрахинон).

Впервые случай меланоза толстой кишки был описан в 1829 году Ж. Крювелье, а связь антрагликозидов в развитии пигментации толстой кишки установили в 1933 году. Макрофаги собственной пластинки слизистой оболочки толстой кишки накапливают гликопротеид липофусцин, обеспечивающий характерную коричневую пигментацию слизистой оболочки. Доказано, что пигментом, вызывающим характерную окраску слизистой оболочки толстой кишки является липофусцин, а не меланин, как считалось ранее.

При эндоскопическом исследовании толстой кишки определяется характерная пигментация слизистой оболочки толстой кишки, варьирующаяся в широких пределах интенсивности — от светло-серой до чёрной. Характер окраски пятнистый, между пятнами имеются тонкие желтоватые линии, обеспечивающие мозаичную картину. Причина этой мозаичности в наличии поверхностных кровеносных сосудов слизистой оболочки. Лимфатические фолликулы не окрашиваются и остаются желтовато-розовыми, ярко видимыми на фоне пигментированной слизистой оболочки (картина «звездного неба»).

Интенсивность накопления пигмента выше в слепой кишке и в проксимальных отделах толстой кишки, что, вероятно, связано с разной всасывающей способностью в разных отделах толстой кишки и неравномерным распределением макрофагов в слизистой оболочке толстой кишки.³

Микроскопически: в цитоплазме крупных одноядерных макрофагов собственной пластинки слизистой оболочки определяют включения пигмента светло-желтого, коричневого и черного цвета, а также липидов и мукополисахаридов.



■ Цветков М. С.

Клиническое наблюдение

Пациент, мужчина, 72 года. С 2017 года предъявляет жалобы на кровь, слизь в стуле. В связи с продолжительными периодами обстипации принимал препараты сенны. По данным компьютерной томографии диагностирована стенозирующая опухоль ректосигмоидного отдела ободочной кишки с инвазией в мочевой пузырь. В дальнейшем при колоноскопии верифицирована аденокарцинома G2 протяжённостью 9 см, полипоз толстой кишки. Эндоскопически определён меланоз толстой кишки на всём протяжении (рисунок 1. Эндофото. Эндоскопическая картина меланоза. Купол слепой кишки), верифицированный гистологически: лимфоцитарно-плазмоцитарная инфильтрация и диффузное отложение коричневатого-буроватого пигмента в макрофагах собственной пластинки (рисунок 2. Окраска гематоксилин-эозин. Увеличение x20. Лимфоцитарно-плазмоцитарная инфильтрация и диффузное отложение коричневатого-буроватого пигмента в макрофагах собственной пластинки).

Оперирован в марте 2017 года — резекция прямой кишки с резекцией мочевого пузыря T4N0M0 с последующей адьювантной химиотерапией.

Эндоскопический контроль дважды в 2018 и 2019 году: цвет слизистой во всех отделах розовый (рисунок 3. Эндофото. Эндоскопическая картина неизменённой слизистой оболочки купола слепой кишки), что говорит о полном регрессе меланоза, подтверждённым гистологически: атрофия слизистой оболочки (Рисунок 4. Окраска гематоксилин-эозин. Увеличение x40. Атрофичная слизистая оболочка толстой кишки с умеренной лимфоплазмоцитарной инфильтрацией, полнокровием сосудов).

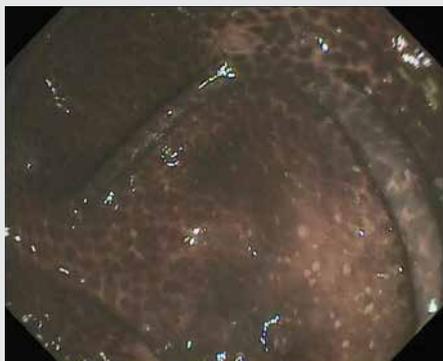


Рис. 1

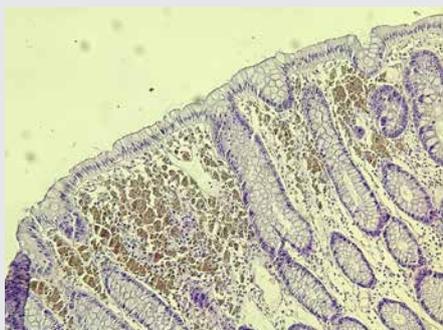


Рис. 2



Рис. 3

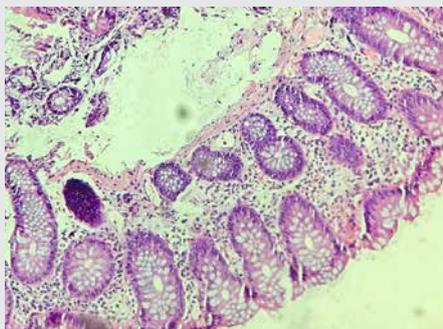


Рис. 4

Обсуждение и заключение

Приведённый клинический случай доказывают связь между длительным приемом растительных слабительных препаратов с содержанием антрагликозидов и возникновением меланоза толстой кишки. Таким образом, при восстановлении нормального пассажа содержимого толстой кишки и, как следствие, отказе от приёма растительных слабительных препаратов, происходит регресс меланоза в течение 1 года с восстановлением нормальной окраски слизистой оболочки толстой кишки.

Кроме того, наличие меланоза облегчает выявление мелких аденом, так как они остаются неокрашенными на фоне темной пигментации слизистой оболочки. Учитывая отдельные данные о связи развития рака и меланоза толстой кишки, наличие меланоза может сыграть положительную роль для выявления раннего рака толстой кишки, так называемый симптом «красного флажка».

Список литературы

1. Лохматов М. М., Гайдаенко А. Е., Шавров А. А., Волков М. О. Меланоз толстой кишки у ребенка 15 лет: клиническое наблюдение. Педиатрическая фармакология. 2015; 12 (3): 327-329. Doi: 10.15690/pf.v12i3.1360
2. Практическая колоноскопия. Методика, рекомендации и приемы / Гвидо Шахшаль ; пер. с нем. ; под общ. ред. чл.-корр. РАМН, проф., докт. мед. наук И.В. Маева, канд. мед. наук Е.Ю. Стручковой. – М. : МЕДпресс-информ, 2012. – 192 с. С 169
3. «Шум Крувелье». Обзор. Фарматека. Гастроэнтерология. Гепатология. 2010. № 2 (196). С 102-103
4. Kou Nagasako. Дифференциальная диагностика заболеваний прямой и ободочной киш-ки. Глава 18

ОТСРОЧЕННОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ПЛАНОВОЙ КОЛОНОСКОПИИ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Цикунов Б. В.¹, Евтушенко Д. А.², Мустафаев В. Н.¹
¹ГБУЗ Камчатская краевая больница им. А. С. Лукашевского.
² ГБУЗ Камчатский краевой онкологический диспансер

г. Петропавловск-Камчатский



■ Цикунов Б. В.



■ Евтушенко Д. А.

Резюме

Кровотечения после выполнения колоноскопии описаны в случае выполнения полипэктомии, и встречаются в 0,09% случаев непосредственно при выполнении манипуляции, и в 0,15% в отсроченном периоде.[1] Частота желудочно-кишечных кровотечений у находящихся на гемодиализе и постоянно получающих антикоагулянты больных составляет 4,2%. [3].

В рассматриваемом клиническом случае отсроченное толстокишечное кровотечение возникло после манипуляций с новообразованием толстой кишки, не связанных с его удалением.

Введение

По данным M.S. Sawhney [2] риск возникновения кровотечения после полипэктомии возрастает при приеме антикоагулянтов до 34%. Необходимость использования антикоагулянтов в первые 72 часа после полипэктомии пятикратно повышает риск значимого кровотечения. Наличие ножки у новообразования так же является фактором, повышающим риск кровотечения.

Материалы и методы

Больной мужчина, 67 лет, страдающий поликистозом почек, ХПН, находясь в отъезде, обратился в ведомственную многопрофильную клинику для прохождения планового гемодиализа. 30.10.2018 г. пациенту выполнена колоноскопия. Заключение: «полипы ободочной кишки (в т. ч. полип на ножке размерами около 1,5 см), мелкие полипы удалены при биопсии, весьма вероятно самопроизвольное отторжение полипа сигмовидной кишки вследствие странгуляции его ножки клипсами. Дивертикулез ободочной кишки без явлений дивертикулита. Рекомендации: возможен эндоскопический контроль (колоноскопия) остатков полипа сигмовидной кишки после

получения данных морфологических исследований. Противопоказаний к проведению гемодиализа нет». Результат морфологического исследования: гиперпластический полип. Пациенту выполнено несколько сеансов гемодиализа, и через 15 дней он самолетом отправился домой в Петропавловск-Камчатский (время перелета 8 ч. 30 мин). 16.11.2018 г. больной обратился в ККБ по поводу кровотечения из заднего прохода. Анализ крови при поступлении: HGB- Гемоглобин 90 г/л, RBC- Эритроциты 2.84 x10¹²/л, HCT- Гематокрит 0.267 л/л, PLT — Тромбоциты 184x10⁹/л, МНО 1.09.

В экстренном порядке была выполнена колоноскопия, в просвете толстой кишки умеренное количество алой крови, сгустки; редкие дивертикулы до 0,5 см., в средней трети сигмовидной кишки новообразование, около 1 см., на короткой ножке (0-1p, NICE тип 2), на которой 2 металлические клипсы. (рис.1а), из-под клипс в просвет кишки отмечается обильное поступление свежей крови (рис.1б). Под основание новообразования введен гелафузин, выполнена полипэктомия электропетлей, коагуляция в режиме soft 40 ватт. (рис.2), культя ножки клипирована (рис.3). Морфологически: гиперпластический полип. Пациент госпитализирован в ХО, после 2-х суток наблюдения данных за продолжающееся кровотечение нет, переведен для проведения гемодиализа в профильное ЛПУ. Контрольный осмотр хирурга через неделю, данных за продолжающееся кровотечение нет, лабораторные показатели стабильные.

Результаты

В представленном случае пациенту выполнено диагностическое эндоскопическое исследование, сопровождающееся взятием биопсии и наложением клипс на ножку полипа. Недооценены риски развития отсроченных кровотечений, из-за необходимости постоянного прие-

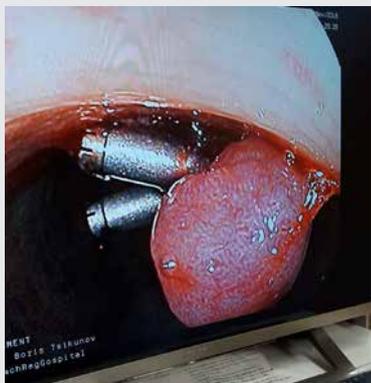


Рис. 1а. Клипсы на ножке полипа



Рис. 1б. Кровотечение из-под клипс



Рис. 2. Полипэктомия



Рис. 3. Клипирование культи ножки

ма антикоагулянтов находящегося на диализе пациента. С учетом вышеуказанных обстоятельств нельзя считать оправданным выполнение биопсии слизистой и полипа на ножке, не имеющего явного злокачественного потенциала, выполнение необъяснимого по цели клипирования, как окончательного метода лечения новообразования толстой кишки.

Выводы

Тактика ведения пациентов с новообразованиями толстой кишки, получающих антикоагулянты, должна подбираться индивидуально, с учетом сопутствующей патологии и возможных рисков возникновения осложнений. Целесообразность диагностических мероприятий не должна превышать риск осложнений от них. Эндоскопические лечебные мероприятия должны иметь четкие показания и соответствовать утвержденным методикам.

Литература

1. «Осложнения колоноскопии» А.А. Владимирова, В.Г. Нейстроев/ Клиническая эндоскопия, 1/49/2017 г.
2. Risk factors for severe delayed postpolypectomy bleeding/ Sawhney M.S. et al Endoscopy 2012; 44:27-31.
3. Лечение желудочно-кишечных кровотечений у больных с хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии. Трушкин Р.Н.; Толстых М.П.; Колесников М.О. Альманах Клинической медицины 2007.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ И ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ КАПСУЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ

В СПбГБУЗ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 40»

Щербак С.Г., Гладышев Д.В., Коваленко С.А., Эфендиев А.О., Рыженкова И.С., Болдырева Е.В., Трусов И.А., Андреева Е.И., Лоханова М.А.
СПб ГБУЗ «ГБ № 40»

г. Санкт-Петербург



■ Щербак С.Г.



■ Гладышев Д.В.



■ Коваленко С.А.



■ Эфендиев А.О.



■ Рыженкова И.С.



■ Болдырева Е.В.,



■ Трусов И.А.



■ Андреева Е.И.

Видеокапсульная эндоскопия (эндокапсула, капсульная эндоскопия) — современный малоинвазивный метод высокоинформативного, диагностического исследования желудочно-кишечного тракта, направленный, в первую очередь, на выявление сложной патологии тонкой и толстой кишки, особенно кровотечений на фоне применения антикоагулянтов.

В СПбГБУЗ «Городской больнице № 40» капсульная эндоскопия проводится с 2017 г. За это время было выполнено 25 исследований. Были использованы эндоскопические капсулы 2-х видов (CapsoCam, PillCam).

Основными показаниями к проведению исследования были анемия и состоявшиеся кровотечения в ЖКТ без выявленного первичного источника при ВГДС и ВКС. В 14 случаях было выявлено наличие источника кровотечения и анемии в тонкой кишке: геморрагии на слизистой, эрозии, язвы, сосудистые мальформации, лимфома, болезнь Крона.

Пример выявленного заболевания: множественные сосудистые мальформации тонкой и толстой кишки.

Рис. 1. Сосудистая мальформация тонкой кишки. CapsoCam.



Рис. 1. Сосудистая мальформация тонкой кишки. CapsoCam



Рис.2. Сосудистая мальформация тонкой кишки. CapsoCam



Рис.3. Сосудистая мальформация тонкой кишки. CapsoCam

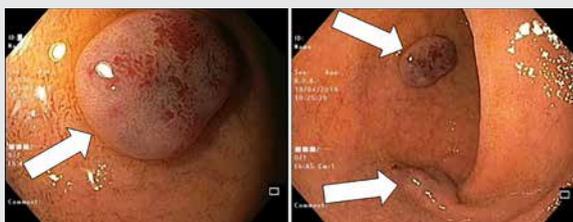


Рис.4. ВЭГДС. Сосудистая мальформация луковицы ДПК

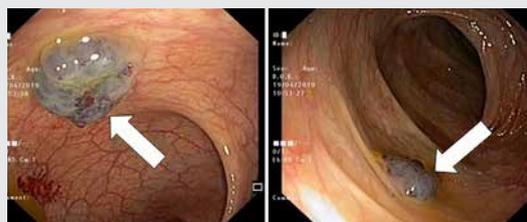


Рис.5. ВКС. Сосудистая мальформация толстой кишки



Рис.6. Лимфома тонкой кишки. CapsoCam



Рис. 7. Лимфома тонкой кишки. CapsoCam



Рис.8.1. Очаг поражения лимфомой после первого курса химиотерапии SB3

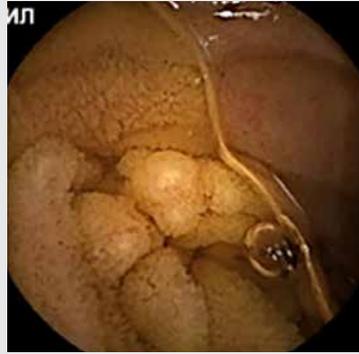


Рис.8.2. Очаг поражения лимфомой после первого курса химиотерапии. PillCam SB3



Рис.8.3. Очаг поражения лимфомой после первого курса химиотерапии. PillCam SB3

Рис. 2. Сосудистая мальформация тонкой кишки. Capsocam.

Рис. 3. Сосудистая мальформация тонкой кишки. Capsocam.

Отмечаем, что исследование проводилось на фоне хронической анемии (Hb 86 г/л), наличия гемангиомы печени, выявленной при УЗИ брюшной полости, а также наличия флебэктазий в двенадцатиперстной и ободочной кишке, выявленные при рутинных исследованиях.

Рис. 4. ВЭГДС. Сосудистая мальформация луковицы ДПК.

Рис. 5. ВКС. Сосудистая мальформация толстой кишки.

Пациентка направлена на дообследование к гематологу для подтверждения синдрома Бина.

Выявленным потенциальным источником кровотечения становились не только сосудистые мальформации и дефекты слизистой. В одном случае явилась фолликулярная лимфома, не заподозренная при предыдущих иных исследованиях.

Рис. 6. Лимфома тонкой кишки. Capsocam

Рис. 7. Лимфома тонкой кишки. Capsocam

В настоящий момент пациент получает курс химиотерапии.

Рис. 8. Очаг поражения лимфомой после первого курса химиотерапии. PillCam SB3

Кроме описанных случаев патологий при исследованиях обнаружены: дивертикулы тощей кишки, лимфоидные кисты, лимфэктазии.

Из 25 исследований у 66% выявлены клинически значимые изменения, потребовавшие лечения. В том числе двум выполнено хирургическое вмешательство.

С появлением видеокапсульной эндоскопии появилась возможность осмотреть всю тонкую кишку, что позволяет выявить источники анемии, интестинального кровотечения, определить его локализацию, размер и распространенность, а также выбрать дальнейшую тактику для лечения пациента и результаты проводимого лечения при ВЗК, в случае, когда традиционные методы диагностики исчерпали свои возможности.

СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННЫХ КОЛИТОВ. АМЁБНЫЙ КОЛИТ

Юрченко И. Н., Пирогова Ю. Ю., Иванова О. В., Горюнов А. А., Насырова Е. В.
ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет МЗ РФ

г. Самара

Хроническая диарея с выделением крови является бесспорным показанием для проведения колоноскопии. При обнаружении эрозий и язв в слизистой оболочке толстой кишки мы прежде всего думаем о воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК) — язвенном колите (ЯК) или болезни Крона (БК). Однако перечень заболеваний для дифференциальной диагностики гораздо шире. Основным синдромом, настораживающем врача-клинициста, является кровавый понос с хроническим течением. Он редко протекает изолированно, без другой клинической симптоматики. Больных беспокоят боли в животе, есть признаки нарушения трофики органов и тканей, снижение веса. Часто имеет место длительный субфебрилитет, изменения маркёров воспаления в анализах крови. На фоне кровопотери развивается анемия. Степень выраженности этих синдромов, в первую очередь, зависит от активности воспалительного процесса в кишечнике и длительности заболевания. Среди перечня заболеваний для дифференциальной диагностики при выявлении язв в толстой кишке, наряду с ЯЗ и БК, нужно помнить об ишемическом, радиационном, псевдомембранозном колитах, новообразованиях кишечника, туберкулезе, других инфекционных и паразитарных заболеваниях.

Одно из таких заболеваний — амёбиаз, амёбная дизентерия. В странах с теплым климатом инвазивность населения амёбами превышает 30%, в странах с умеренным климатом эта цифра составляет 2–5%. По данным ВОЗ амёбиаз по уровню смертности от паразитарных заболеваний занимает второе место в мире после малярии. Возбудитель — *Entamoeba histolytica* (амеба гистолитика). Заражение происходит через рот (фекально-оральный путь передачи). Источник заражения — вода, пища, предметы домашнего обихода, загрязненные испражнениями. По рекомендации ВОЗ выделяют следующие варианты заболевания: кишечный, внекишечный и кожный. В отечественной практике внекишечный и кожный амёбиаз расценивают как осложнение кишечной формы.

Кишечный амёбиаз может протекать в виде острого, хронического рецидивирующего и хронического непрерывного вариантов в различных по тяжести формах. Острые проявления кишечного амёбиаза уменьшаются в течение 4–6 недель, однако самопроизвольное выздоровление и очищение организма от возбудителя редки. В большинстве случаев после ремиссии через несколько недель или месяцев регистрируют обострение заболевания. В этих случаях общая продолжительность заболе-

вания (хронической формы амёбиаза) без адекватного лечения — десятилетия. Для этой формы характерны расстройства всех видов обмена (истощение, гиповитаминоз, нарушение гормонального обмена, анемия и т. д.) Среди кишечных осложнений часто встречаются периколит и прободение язв в брюшную полость или соседние органы. Кровотечения развиваются сравнительно редко. Амёбные стриктуры чаще локализуются в ректосигмоидной области.

Внекишечный амёбиаз — в органах и тканях, где они оседают амёбы, развиваются некрозы и инкапсулированные абсцессы. Особенно часто абсцессы образуются в печени и легких, реже в головном мозге. Кожный амёбиаз характеризуется образованием малоблезненных язв, которые формируются на коже промежности, половых органов, в области свищей и послеоперационных ран.

Диагностика

Для выявления тканевой и большой вегетативной форм возбудителя в испражнениях больного, мокроте, содержимом абсцессов, отделяемом дна язв проводят исследование мазков. Считается, что в гистологических препаратах биоптатов слизистой оболочки кишечника выявить амёбы весьма затруднительно. Серологические реакции (для определения специфических антител в сыворотке крови) положительны примерно у 70% больных. В последние годы также используют определение специфических для паразита участков ДНК с помощью цепной полимеразной реакции (ПЦР).

Большое значение имеет эндоскопическая диагностика. При амёбиазе чаще поражается сигмовидная и прямая кишки, нередко вовлекается в процесс слепая кишка. Края у амёбных язв обычно возвышающиеся и отечные. Слизистая между очагами поражения, как правило, не изменена. Кроме язв могут выявляться хронические очаговые поражения, известные под названием «амебомы», которые могут развиваться изолированно или на фоне рецидивирующей амёбной дизентерии. Они представляют собой очаговые пролиферативные гранулематозные образования, которые состоят из фибробластов, коллагена, клеточных элементов и содержат относительно небольшое количество амёб.

Лечение амёбиаза

Лечение проводят курсами по специально разработанным схемам. Существенное значение имеет полная лик-

видация паразитов (паразитологическое выздоровление), так как в противном случае нередко развивается рецидив заболевания. Без лечения амёбиаз может приводить к смерти.

Приводим описание клинического случая амёбного язвенного колита

Пациентка Д. 37 лет поступила в гастроэнтерологическое отделение Клиник СамГМУ с жалобами на учащение стула до 10 раз в день с примесью алой крови, слизи; умеренные боли в животе различной локализации; общую слабость, периодическое повышение температуры тела до 37,5 градусов С.

Больной себя считает в течение 3–3,5 лет, когда стала замечать склонность к послаблению стула. Ухудшение отмечает в последний год. Частота стула от 4 до 10 раз в день, появилась кровь в кале — сначала эпизодически, в последние 3 месяца ежедневно, в небольшом количестве. Нарастала общая слабость, периодически появлялся озноб и повышение температуры тела до 37,5–37,8 градусов С. Впервые обратилась к врачу, при обследовании выявлена гипохромная анемия. Дополнительно из анамнеза: хронические заболевания отрицает, аллергии нет, аппендэктомия в детстве. Не замужем, детей нет. Работа связана с частыми командировками по России. Отпуск предпочитает проводить за пределами страны, за последние 5 лет три раза посещала Индию, была в Турции и Таиланде. Для исключения ВЗК рекомендовано обследование в гастроэнтерологическом отделении.

При осмотре в день госпитализации: общее состояние средней тяжести; кожный покров бледный, чистый. Лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца тихие, ритм правильный. ЧСС 76 ударов в минуту, АД 105 и 65 мм.рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области, справа и слева в паховых областях. Поставлен предварительный диагноз — «Язвенный колит, хроническое течение, среднетяжелая форма, впервые выявленный». Назначено лечение: внутрь месалазин (суточная доза 4,0 г).

Результаты дополнительных методов исследования: в общем анализе крови выявлен умеренный лейкоцитоз $13,2 * 10^9/л$ ($4,4–11,3 * 10^9/л$) со сдвигом лейкоформулы влево, гипохромная анемия — гемоглобин 90 г/л ($123–153$ г/л), СРБ 15 мг/л ($<5,0$ мг/л), фибриноген 6,3 г/л ($2–4$ г/л). ЭГДС, заключение — поверхностный гастрит, дуоденит. УЗИ органов брюшной полости, заключение — ультразвуковые признаки диффузных изменений поджелудочной железы по типу хронического панкреатита.

Выполнена видеокOLONOSКОПИЯ (CV-150 Олимпас, Япония) с осмотром терминального отдела подвздошной кишки. Периаанальная область не изменена. При осмотре в прямой кишке, начиная от анального жома и на протяжении 15–17 см, на фоне яркой гиперемии слизистой оболочки видны эрозии и неглубокие язвы от 0,5 до 1,5 см, расположенные отдельно и сливающиеся между собой. Часть из них неправильной формы, с признаками руб-

цевания, с конвергенцией складок, что незначительно деформирует стенку кишки. Явления воспаления резко обрываются, слизистая оболочка сигмовидной и ободочной кишок без явлений воспаления, с хорошо видимым и не деформированным сосудистым рисунком. В куполе слепой кишки, на фоне умеренного отека и гиперемии слизистой, видны две глубокие язвы. Одна из них диаметром до 5 см, глубиной 1,5–2 см, с грубыми приподнятыми краями, при биопсии плотными. В дне язвы наложения по типу гноя, контактная кровоточивость умеренная. Рядом — вторая язва диаметром до 1,5 см. Илеоцекальный клапан щелевидной формы, не деформирован, зияет. Просвет терминального отдела подвздошной кишки (осмотрено 10 см) не деформирован, стенка эластичная, слизистая розовая с равномерными ворсинками.

Заключение

Множественные язвы купола слепой и прямой кишок. Гистологическое исследование биоптатов.

№ 1- из края язв прямой кишки. Фрагменты слизистой толстой кишки с диффузной густой полиморфноклеточной инфильтрацией.

№ 2- из края язвы в куполе слепой кишки. Кусочки слизистой толстой кишки с выраженной полиморфноклеточной инфильтрацией со значительной примесью эозинофильных гранулоцитов. Участки разрастания грануляционной ткани, а также свободно лежащие фрагменты экссудата и тканевого детрита, в составе которого имеется значительное скопление амёб, часть из которых с явлениями эритрофагии.

Заключение

Язвенно-некротический амёбный колит.

В результате обследования установлен клинический диагноз:

Кишечный амёбиаз, хроническое течение, средней степени тяжести, впервые выявленный: язвенный колит с преимущественным поражением слепой и прямой кишок. Хроническая железодефицитная анемия, средней степени.

Хронический гастрит, дуоденит, обострение. Хронический паренхиматозный панкреатит, ремиссия.

К назначенному лечению добавлены —внутри метронидазол по 0,5–3 раза в день, пантопрозол 40 мг; железа (III) гидроксид полимальтозат 200 мг внутримышечно.

На фоне лечения отмечена положительная клинико-лабораторная динамика — нормализация температуры тела, купирование болевого абдоминального синдрома, кратность стула до 2–3 раз в сутки (без патологических примесей), нормализовались показатели лейкоцитов крови, СРБ и фибриногена. Пациентка была выписана из гастроэнтерологического отделения в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано продолжить лечение под наблюдением гастроэнтеролога и инфекциониста поликлиники, выполнить контрольную колоноскопию через три месяца.

ЭЗИКЛЕН®

— Набор* для очищения кишечника —

Удобный способ применения повышает эффективность очистки кишечника



Оптимальная приверженность к терапии препаратом Эзиклен доказана и подтверждена в рутинной практике¹

- 1 ЛИТР раствора осмотического средства²
- Мерный стакан для приготовления раствора в наборе²
- Фруктовый вкус и запах²



Доказано высокое качество очистки кишечника, в т.ч. в труднодоступных правых отделах толстой кишки³



Благоприятный профиль безопасности Эзиклена доказан и подтвержден в рутинной практике^{4,5}



Образ является вымышленным. Все совпадения случайны.

УВИДЕТЬ ВСЕ, ЧТО НУЖНО УВИДЕТЬ



* Согласно регистрационному удостоверению лекарственного препарата для медицинского применения Эзиклен® № ЛП-004957, зарегистрирована комплектность в следующем составе: концентрат для приготовления раствора для приема внутрь (флакон) 176 мл x 2 (пачка картонная) (в комплекте с полипропиленовым стаканом).

Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата ЭЗИКЛЕН® (EZICLEN®). Регистрационный номер: ЛП 004957. МНН: калия сульфат + магния сульфат + натрия сульфат. **Форма выпуска:** концентрат для приготовления раствора для приема внутрь. **Фармакотерапевтическая группа:** осмотическое слабительное средство. Код АТХ: A06AD10. Фармакодинамические свойства: действие препарата за счет ограниченного по насыщенности процесса активного транспорта сульфатов. Осмотический эффект неабсорбированных сульфатов и прием внутрь значительного объема воды вызывают задержку воды в кишечнике, что обеспечивает слабительное действие, вызывая обильную водянистую диарею, и приводит к очищению кишечника. Фармакокинетические свойства: основным путем выведения сульфатов является выведение в кишечником (около 70% от принятого количества); абсорбированные сульфаты выводятся преимущественно почками. **Показания к применению:** для очищения толстой кишки у взрослых пациентов при подготовке к эндоскопическому и радиологическому исследованию толстой кишки или к хирургическим вмешательствам, требующим отсутствия содержимого в толстой кишке. **Противопоказания:** гиперчувствительность к действующим веществам или к любому из компонентов препарата; желудочно-кишечная обструкция или подозрение на нее; перфорация кишечника; нарушения опорожнения желудка (в том числе гастропарез); кишечная непроходимость, токсический колит или токсический мегаколон; профузная рвота; дегидратация тяжелой степени; застойная сердечная недостаточность; асцит; тяжелая почечная недостаточность (скорость клубочковой фильтрации < 30 мл/мин/1,73 м²); активная фаза воспалительных заболеваний кишечника (таких как болезнь Крона, язвенный колит); беременность и период грудного вскармливания. **Способ применения и дозы:** прием двух флаконов препарата в разведенном виде и дополнительного объема воды (в режиме дробного или одновременного применения). Перед приемом препарата необходимо ознакомиться с полной инструкцией по медицинскому применению. **Побочные действия:** дискомфорт, вздутие живота, боль в животе, тошнота, рвота и другие. Условия хранения: при температуре не выше 30 °С, в недоступном для детей месте. **Срок годности:** 3 года. **Условия отпуска:** отпускают без рецепта. **Полная информация содержится в инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата Эзиклен®.** **Производитель:** Бюфур Ипсен Индастри, 28100 Франция, Дре, Рю Эг Виртон. **Организация, принимающая претензии от потребителей:** ООО «Ипсен», 109147, Москва, ул. Таганская, 17–23; тел. (495) 258-54-00, факс (495) 258-54-01, ООО «Ипсен», www.ipсен.ru.

Информация о лекарственном средстве предоставляется медицинским работникам в соответствии с пп. 4 п. 1 и п. 2 ст. 74 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» для информирования пациентов об аналогичных лекарственных средствах, имеющихся в обращении по данной нозологии. Имеются противопоказания. Перед использованием следует ознакомиться с инструкцией или обратиться за консультацией к специалисту. ООО «Ипсен», 109147, г. Москва, ул. Таганская, д. 17–23, этаж 2, ком. 10–27, 30–39 4/1–14, тел. +7 (495) 258-54-00, факс: +7 (495) 258-54-01, www.ipсен.ru. Служба медицинской поддержки по препаратам компании «Ипсен» (в рамках инструкции по применению): тел. 8 (800) 700-40-25 (бесплатный номер телефона по всей Российской Федерации); электронная почта: Medical.Information.Russia.CIS@ipсен.com. Контакты для информации о нежелательных явлениях/реакции, претензиях на качество продуктов компании: +7 (916) 999-30-28 (круглосуточно); электронная почта: pharmacovigilance.russia@ipсен.com.

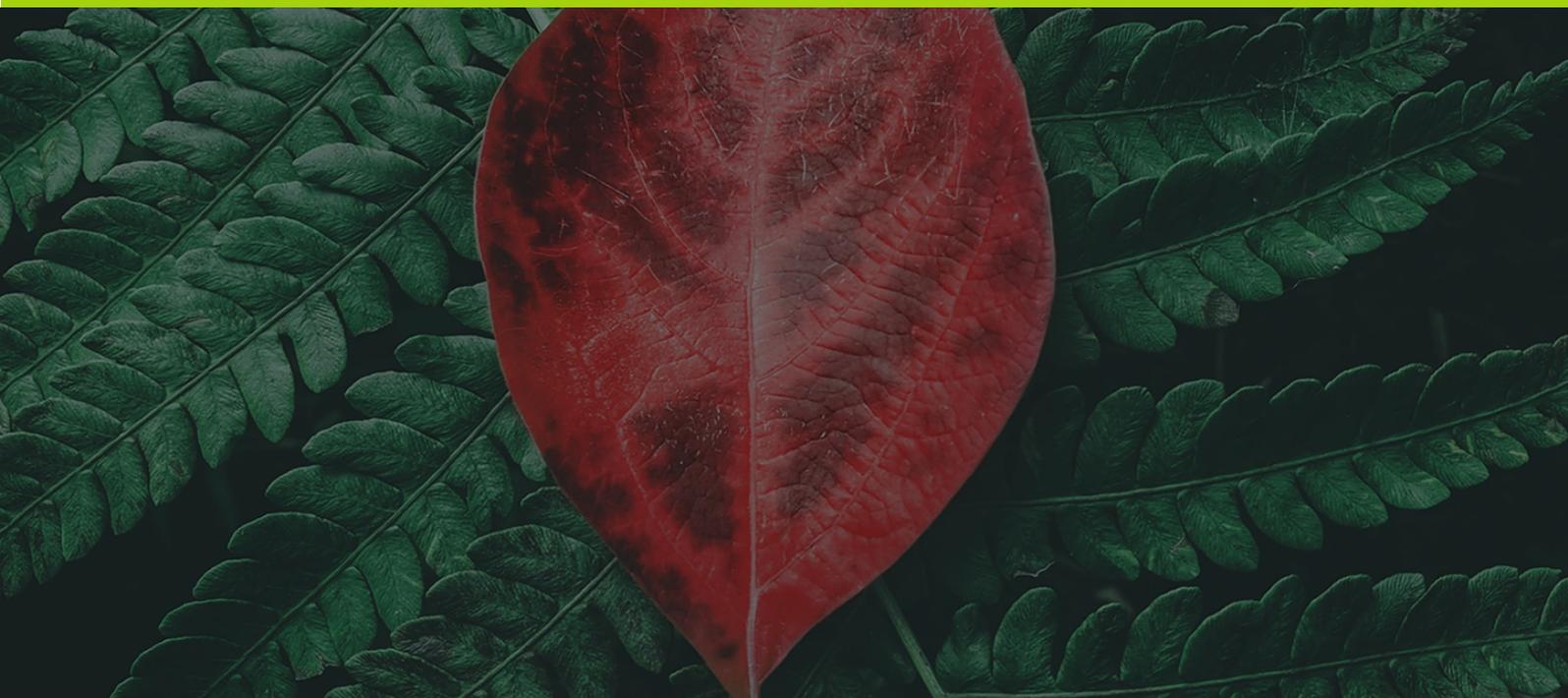
Источники информации

1. ENCEPP 2019. Data on file and available at <http://www.encepp.eu/encepp/viewResource.htm?id=30186>. Last access on July 2019.
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Эзиклен®, регистрационное удостоверение № ЛП-004957.
3. Di Palma JA et al., A Randomized Clinical Study Evaluating the Safety and Efficacy of a New, Reduced-Volume, Oral Sulfate Colon-Cleansing Preparation for Colonoscopy Am J Gastroenterol. 2009; 104: 2275-84.
4. Douglas K, Rex et al. A randomized clinical study comparing reduced-volume oral sulfate solution with standard 4-liter sulfate-free electrolyte lavage solution as preparation for colonoscopy GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY, Volume 72, No. 2: 2010
5. J. Regula, M.C.W. Spaander, S. Suchanek, A. Kornowski, V. Perrot, W. Fischbach, and the DUS investigators, European, multicentre, observational, post-authorisation safety study of Oral Sulphate Solution: compliance and safety. Endoscopy International Open, 2019
6. Hassan Cesare et al. Bowel preparation for colonoscopy: ESGE Guideline – Update 2019. Endoscopy



актуальные вопросы
Эндоскопии
Санкт-Петербург

ДЕТСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ



#эндоскопия ♥



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ВЫСШЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ

«Педиатрия – 31.05.02» – специалитет
(очная форма обучения 6 лет)
«Лечебное дело – 31.05.01» – специалитет
(очная форма обучения 6 лет)
«Стоматология – 31.05.03» – специалитет
(очная форма обучения 5 лет)
«Медико-профилактическое дело – 32.05.01» –
специалитет (очная форма обучения 6 лет)
«Медицинская биофизика – 30.05.02» – специалитет
(очная форма обучения 6 лет)

«Клиническая психология – 37.05.01» – специалитет
(очная форма обучения 5.5 лет)
«Специальное (дефектологическое) образование –
44.03.03» – бакалавриат (очная форма обучения 4 года)
«Сестринское дело – 34.03.01» – бакалавриат
(очная форма обучения 4 года)
«Общественное здравоохранение – 32.04.01» –
магистратура (очная форма обучения 2 года)
«Специальное (дефектологическое) образование –
44.04.03» – магистратура (очная форма обучения 2 года)

ПОСТДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И КУРСЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

Постдипломное обучение в Педиатрическом университете направлено на повышение квалификации и подготовку высококлассных специалистов узкого профиля. Курсы повышения квалификации для врачей проводятся по 67 специальностям. Обучение на циклах повышения квалификации возможно в **очной и очно-дистанционной** форме.

Некоторые программы повышения квалификации врачей

Врачам по специальности «Гастроэнтерология», «Эндоскопия», «Хирургия», «Оториноларингология»

- ✓ Актуальные вопросы гастроэнтерологии и эндоскопии
- ✓ Эндоскопия
- ✓ Гастроинтестинальная эндоскопия
- ✓ Диагностика и лечение ахалазии кардии
- ✓ Диагностика и лечение дивертикула Ценкера
- ✓ Эндоскопическая диагностика и лечение врожденной патологии гортани у детей

Врачам по специальности «Гастроэнтерология», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Диетология», «Педиатрия»

- ✓ Гепатология детского возраста
- ✓ Заболевания кишечника у детей
- ✓ Заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Врачам по специальностям «Хирургия», «Онкология»:

- ✓ Узловые формы зоба
- ✓ Рак щитовидной железы: современные тенденции в лечении
- ✓ Диффузный токсический зоб

Врачам по специальности «Травматология и ортопедия», «Неврология»

- ✓ Применение ботулотоксинов типа А у детей с детским церебральным параличом под контролем ЭНМГ
- ✓ Применение ботулотоксинов типа А у детей с детским церебральным параличом под контролем УЗИ

С полным списком циклов можно ознакомиться на сайте Университета www.gpmu.org



194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2; тел.: (812) 295-06-46, факс: (812) 295-40-85

Приемная комиссия: priem@gpma.ru; +7 (812) 542-08-28 (с 16.06.17). Последипломное образование:
+7 (812) 416-52-25; gpmafpr@mail.ru; +7 (812) 416-53-06; 416-54-71; imenshakova@mail.ru.

www.gpmu.org

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОСТАНОВКИ НАЗОДУОДЕНАЛЬНОГО ЗОНДА

ДЛЯ РАННЕГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ В КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Альникова И. Ю., Лубкова Н. С.
ГАУЗ КО ОДКБ

г. Кемерово

Критические состояния — состояния, возникающие в результате воздействия агрессивного внешнего фактора (травма, ожоги, оперативные вмешательства) или при неблагоприятном развитии уже имеющегося патологического процесса (сепсис, перитонит и др.). В результате это приводит к грубым расстройствам метаболизма и жизненно важных физиологических функций, представляющих непосредственную угрозу для жизни пациента.

При развитии критических состояний наступает значительное изменение метаболических процессов, направленных на поддержание организма в новых неблагоприятных условиях. В силу ряда анатомо-физиологических особенностей, таких как незрелость регулирующих систем, барьерных механизмов, систем детоксикации, проблема поддержания энергообеспечения детского организма, предотвращения развития кишечной недостаточности является такой же важной задачей, как и поддержание функций жизненно важных органов.

В случае развития белково-энергетической недостаточности в первую очередь нарушается функция органов с интенсивными процессами обмена, к которым относится желудочно-кишечный тракт (ЖКТ). В результате нарушений основных функций ЖКТ развивается синдром острой кишечной недостаточности, который определяется как сочетанное нарушение двигательной, переваривающей и всасывающей функций кишечника. На этом фоне происходит снижение барьерных свойств кишечной стенки с развитием эндогенной микробной интоксикации. Таким образом, развитие острой кишечной недостаточности замыкает порочный круг, поддерживая гиперкатаболизм и способствуя развитию полиорганной дисфункции.

Назначение раннего энтерального питания позволяет предотвратить дистрофические и атрофические процессы в слизистой оболочке ЖКТ, стимулировать моторно-эвакуаторную активность желудка и кишечника, препятствуя развитию кишечного пареза, поддерживает гомеостазную функцию толстой кишки, предотвращая развитие острой кишечной недостаточности, снижает возможность транслокации микрофлоры из кишечника в кровь.

Существует две группы доступов для энтерального питания:

1. Неоперативные доступы — трансназальные (назогастральный, назодуоденальный, назоюнальный), относительно малотравматичные, но пригодные только для кратковременного энтерального питания (не более 4 недель).

2. Оперативные — введение зондов с помощью различных оперативных методик.

У детей при критических состояниях чаще используется неоперативный доступ для проведения энтерального питания. Цель исследования: оценить эффективность энтерального питания через зонд, установленный в двенадцатиперстную кишку (ДПК) при критических состояниях у детей с различной патологией.

Результаты: в период с 2017г по 2019г в эндоскопическом отделении ГАУЗ КО ОДКБ было выполнено 35 постановок питательного зонда в просвет ДПК с помощью эндоскопии у 26 больных. По возрасту детей до года было 8 (31%), от 1 до 3 лет — 7 (27%), от 3 до 7 лет — 5 (19%) и от 7 до 16 лет 6 (23%) пациентов. Семи пациентам зонд устанавливался повторно, в связи с ятрогенным удалением.

Нарушение пассажа по ЖКТ было обусловлено различными причинами:

1. опухоль головного мозга — 1;
2. перитонит, сепсис — 7;
3. ожоговая болезнь — 1;
4. состояние после торакотомии — 2;
5. осложнение после фундопликации по Ниссену — 3;
6. острое расширение желудка — 4;
7. автодорожная травма — 2;
8. дисфагия на фоне тяжелого поражения ЦНС — 1;
9. врожденные пороки развития ЖКТ — 5.

Для постановки зонда мы использовали гибкий проводник, который вводился в дистальный отдел ДПК через биопсийный канал видеэндоскопов фирмы «Karl Storz». Размер зонда подбирался в зависимости от массы и возраста ребенка.

В результате энтерального кормления через зонд, установленный в ДПК, пассаж по ЖКТ восстановился у 25 больных. Из них: у одного ребенка в первые сутки после установки зонда; у 9 детей в течение первой недели; у 8 больных в срок до 2 недель; у 6 пациентов в течение 3 недель и у одного ребенка через 4 недели.

Единственному пациенту с тяжелым пороком развития ЖКТ: аганглиоз толстого кишечника данный метод оказался неэффективным.

Выводы

1. Энтеральное питание через зонд установленный в ДПК, является высокоэффективным методом для восстановления пассажа по ЖКТ и выходу ребенка из критического состояния.

2. Ранняя и адекватная нутритивная поддержка больных в критических состояниях является необходимым условием для выживания пациентов.

РЕФРАКТЕРНЫЕ СТЕНОЗЫ АНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

Аникина М. С.¹, Дробязгин Е. А.^{1,2}

¹ ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

² ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» МЗ РФ

г. Новосибирск



■ Аникина М. С.



■ Дробязгин Е. А.

Достижения современной медицины значительно увеличили выживаемость детей с атрезией пищевода. Стриктура анастомоза (СА) является наиболее распространенным осложнением после оперативного лечения и развивается с частотой от 32 до 59%. Краеугольным камнем лечения СА является эндоскопическая дилатация

В ГБУЗ НСО «ГНОКБ» в период с 2012 по 2019 год прооперировано 34 пациента с атрезиями пищевода. Мальчиков было 22 (64,7%), девочек 12 (35,3%). Агенезия пищевода (Тип 1 — здесь и далее по E. Vogt, 1923 г.) встретилась у 1 (2,9%) пациента, изолированная атрезия пищевода (Тип 2) — у 8 (23,5%) больных, атрезия пищевода с дистальной трахеопищеводной фистулой (Тип 3В) — у 24 (70,7%), врожденный стеноз пищевода — у 1 (2,9%). Этапное лечение атрезии пищевода было показано 10 пациентам. Остальным 24 детям было проведено одноэтапное лечение с наложением прямого эзофагоэзофагоанастомоза: 23 пациентам с дистальной трахеопищеводной фистулой и одному с врожденным стенозом пищевода. Дети были прооперированы в сроки 1–13 суток после рождения. Рубцовый стеноз пищеводного анастомоза развился у 13 детей (52%): 8 мальчиков и 5 девочек. Клиника СА развилась в сроки от 2 недель до 12 месяцев после оперативного лечения. Для диагностики СА мы предпочитали использование эндоскопического метода, так как именно гибкая эзофагоскопия позволяет сочетать диагностический этап и лечебный. Так же возможно сочетание гибкой эзофагоскопии с бронхоскопией в случае необходимости оценки состоятельности разобщения трахеопищеводной фистулы и выраженности трахеомалиции. (Рис. 1, 2) Использовалась ингаляционная или тотальная внутривенная анестезия.

Показаниями к эндоскопическому исследованию служило появление таких симптомов, как затруднения при

кормлении и глотании, регургитация и рвота, плохая прибавка веса, аспирация и рецидивирующие респираторные инфекции. Скрининговое исследование бессимптомных пациентов не проводилось. Для эзофагоскопии использовались гибкие эндоскопы Olympus с диаметром вводимой части 4,5 мм, 8,2 мм или 9,5 мм и шириной рабочего канала 2,2 или 2,8 мм. Выбор эндоскопа зависел от возраста пациента и диаметра СА. Для дилатации СА в большинстве случаев мы применяли бужирование по направляющей струне, которая проводилась через инструментальный канал эндоскопа непосредственно в просвет желудка или под контролем верхнего края СА.

Мы использовали направляющие струны двух типов: жесткие монофиламентные стальные струны с мягким пружинным наконечником диаметром 2 мм длиной 200 мм и мягкие (билиарные), диаметром 0,035» (0,89 мм), длиной 260 мм. В нашем арсенале находились билиарные бужи Soehendra диаметром 6–12 Fr (2–4 мм), эластичные бужи Savary-Gilliard (Cook) диаметром 15–39 Fr (5–13 мм) и отечественные бужи типа Savary диаметром 14–38 Fr (4,5–12,5 мм) с каналом для направляющей струны. Выбор начального размера расширителя основывался на оценке диаметра СА, который определялся относительно диаметра эндоскопа или диаметра наконечника струны-направителя. Выбор диаметра конечного бужа определялся в соответствии с возрастной нормой просвета пищевода или превышал его на 1 мм. Эндоскопическая оценка повреждения тканей, согласно современным рекомендациям, выполнялась после каждой дилатации.

В 4х курсах коррекции СА мы использовали баллонную гидродилатацию, но не отметили различий между двумя способами, при этом необходимость закупки баллонного гидродилататора на каждый курс оказалось нерентабельной. На сегодняшний день мы полностью отказались от баллонной гидродилатации для лечения рубцовых стенозов пищевода у пациентов всех возрастных групп.

Целью эндоскопического лечения СА являлось сохранение соответствующего возрасту объема перорального питания и снижение риска аспирации. Положительные результаты лечения получены у всех пациентов с СА, при всех курсах дилатации достигнут целевой диаметр СА. Для этого требовалось от 1 до 5 сеансов бужирования на курс. Протяженность стенозированного участка пищевода у всех пациентов была 8–15 мм. Наилучшие результаты лечения были у пациентов с СА, развившимся в сроки от 7

до 12 месяцев после оперативного лечения, что совпадало с введением прикорма и/или перехода на твердую пищу. Таких пациентов было 4. У всех пациентов из этой группы диаметр СА составлял не менее 2/3 от возрастной нормы, для достижения целевого диаметра пищевода требовался 1 сеанс бужирования на курс, после которого соответствующее возрасту пероральное питание было полностью восстановлено. У двух пациентов эпизоды дисфагии 1 степени (затруднение при проглатывании твердой пищи) рецидивировали с интервалом 1–1,5 года, что потребовало проведения поддерживающего бужирования с проведением 1–2 бужей максимально возможного диаметра. У трех пациентов с СА, развившимся в сроки от 1 до 6 месяцев после оперативного лечения, диаметр СА составил не менее 1/2 от возрастной нормы. Всем пациентам для достижения целевого диаметра пищевода потребовалось 2 сеанса бужирования на курс, при этом соответствующее возрасту пероральное питание было восстановлено за 1 курс бужирования, при сроках наблюдения свыше трех лет эпизоды дисфагии не повторялись. У оставшихся пяти пациентов СА развился на третьей неделе после эзофагоэзофагостомии. У всех пациентов диаметр СА был менее 1/3 от возрастной нормы, которая составляла на момент выявления 5–6 мм. Именно у этой группы пациентов сформировались рефрактерные и рецидивирующие СА. Минимальные сроки наблюдения двух пациентов с ранними СА не позволили оценить результаты эндоскопической дилатации. Опыт лечения остальных трех пациентов с ранними СА после хирургического лечения атрезии пищевода рассмотрим подробнее.

Пациентка О., наблюдалась на протяжении 5 лет. Родилась в срок, вес при рождении 2600 г. СА развился через 16 дней после оперативного лечения. Диаметр пищевода в зоне анастомоза 3 мм, проведен курс бужирования, первый рецидив развился через 10 дней. В последующие 2 года СА рецидивировал в сроки 14–18 дней, диаметр стенозированного участка составлял 1/4–1/3 от возрастной нормы, твердая пища не вводилась, однако дефицита массы тела не отмечалось. От предложенного открытого хирургического вмешательства семья отказалась. При эзофагоскопии выявлялся эрозивный рефлюкс-эзофагит. В возрасте 2,5 лет пациентке стали назначать курсы антисекреторной терапии, на фоне которых интервалы между рецидивами клинически значимого СА стали прогрессивно увеличиваться (26–62–85–100 суток). Для достижения стойкого расширения эзофагоэзофагоанастомоза потребовалось 46 курсов бужирования по 2–5 сеансов на протяжении четырех лет. Данный клинический случай был первым в нашей практике рефрактерным СА после лечения атрезии пищевода, при котором эндоскопическая дилатация не привела к улучшению без назначения антирефлюксной терапии.

Два пациента наблюдались в течение 7 месяцев. У пациентки М., доношенной девочки, вес при рождении 2890 г, СА развился через 16 дней после эзофагоэзофагостомии. Диаметр СА составил менее 2 мм (рис. 3), проведено 3 сеанса с интервалами в 2 дня в первый курс бужирования, после которого дисфагия и аспирация рецидивировали через 23 дня, диаметр СА был 2,5 мм. Проведен повторный курс бужирования — 3 сеанса с интервалом 2 дня. Назначены курсы поддерживающего



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3

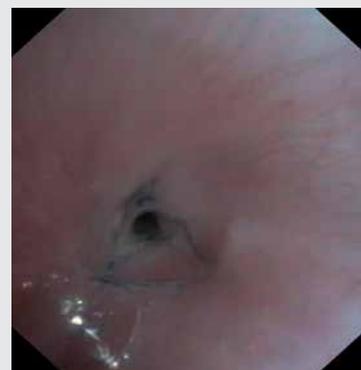


Рис. 4

бужирования с интервалами 2–3 недели, с постепенным увеличением поддерживаемого диаметра пищевода в зоне анастомоза до 5 мм. Пациентка в течение всего периода наблюдения находилась на естественном вскармливании, прикормы не вводились. Перейти на антирефлюксную смесь отказались. За 6 месяцев проведено 8 курсов бужирования. На контроле диаметр пищевода в зоне анастомоза составляет 1/3 от возрастной нормы (рис.4), объем питания не усваивает. Таким образом, сформировался рефрактерный СА.

Пациент Д., доношенный мальчик, вес при рождении 2900 г, стеноз анастомоза развился через 20 дней после оперативного вмешательства, диаметр пищевода в зоне анастомоза составил 3 мм. В первый курс бужирования проведено 2 сеанса с интервалом 3 дня, пациент переведен на антирефлюксную смесь, от которой отказались через 2 месяца по причине развития аллергической реакции. После перевода на обычную смесь через 2 недели перестал усваивать объем питания, появилась рвота неизменной пищей. Диаметр пищевода на контрольном осмотре 4 мм, проведен курс бужирования, рестенозирование через 4 недели. Пациенту проведен подбор антирефлюксной смеси, в настоящее время диаметр пищевода прогрессивно увеличивается, на контрольном осмотре составляет 3/4 возрастной нормы, объем питания усваивает. Выполнено 5 курсов бужирования СА.

Выводы

СА является частым осложнением хирургического лечения атрезии пищевода. Для диагностики может использоваться как рентгеноскопия пищевода с контрастом, так

и эндоскопическое исследование. Преимуществом гибкой эзофагоскопии является возможность перехода от диагностического этапа к терапевтическому. Основным методом лечения СА является эндоскопическая дилатация по направляющей струне. Возможно применение как бужирования по направляющей струне, так и баллонной гидродилатации, но в клинике, оснащенной полыми бужами применение баллонных гидродилататоров не рентабельно. Эндоскопические методы лечения эффективны, безопасны и полностью отвечают принципу органосохранения. Цель лечения СА — достижение возрастного объема перорального питания и снижение риска аспирации. В большинстве случаев для успешной дилатации СА достаточно менее пяти курсов бужирования (1–2). В целом, СА после хирургического лечения атрезии пищевода протекают доброкачественно, об этом косвенно свидетельствует отсутствие пациентов с данной патологией среди взрослых больных с рубцовыми стенозами пищевода. При этом возможно формирование рецидивирующих и рефрактерных СА у детей, предиктором которого является раннее развитие данного осложнения в сроки до 1 месяца. Одним из основных факторов рестенозирования является гастроэзофагеальный рефлюкс, в той или иной степени присутствующий у подавляющего большинства детей с атрезией пищевода. Необходимо назначение адьювантной антирефлюксной терапии, вид которой определяется возрастом пациента. Комплексный мультидисциплинарный подход позволяет получить хорошие результаты лечения даже рефрактерного СА без применения открытого хирургического вмешательства.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Волкова Н. Л., Корниенко Е. А.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

г. Санкт-Петербург

Воспалительные заболевания кишечника: болезнь Крона и язвенный колит – это наиболее тяжелые инвалидирующие заболевания органов пищеварения иммунопатологической природы, характеризующиеся неуклонно прогрессирующим воспалением. Во всем мире регистрируется динамика увеличения случаев развития ВЗК у детей, особенно болезни Крона. Так, в Санкт-Петербурге за 10 лет распространенность ВЗК у детей возросла в 10 раз. Наблюдается омоложение этой патологии. Эндоскопическое исследование является ключевым в постановке диагноза, при этом обязательно проведение как ЭГДС, так и колоноскопии. Илеоскопия является неотъемлемой частью исследования, поскольку в 23% у подростков терминальный илеит может быть единственным проявлением болезни Крона. При тяжелом язвенном колите допустимо первоначально проведение сигмоскопии (при высоком риске осложнений), а колоноскопия проводится после стабилизации состояния. Биопсия должна быть взята из каждого осмотренного отдела (как минимум, 2 биоптата), включая макроскопически не измененные отделы. В ряде случаев необходим также осмотр всех отделов тонкой кишки, который у детей чаще проводится с помощью видеокапсулы.

Показания к проведению эндоскопического исследования:

- Подозрение на ВЗК
- Повышение уровня фекального кальпротектина более 250 мкг/г
- Динамическая оценка после проведенного лечения (через 6 мес)
- Клинические признаки обострения или повторное повышение уровня фекального кальпротектина

- Послеоперационная оценка состояния кишки через 6-12 месяцев после резекции
- Наблюдение в ремиссии (1 раз в год)
- Отсутствие изменений в прямой кишке при ЯК у части больных

В интерпретации эндоскопической картины у детей, особенно в возрасте до 7 лет, могут возникнуть сложности из-за некоторых особенностей, свойственных детям:

- Интактная прямая кишка при язвенном колите
- «Зеркальное» нарастание тяжести поражения СО ТСК при язвенном колите
- Ретроградный илеит при тотальном язвенном колите, уступающий по тяжести поражению толстой кишки
- Поражение желудка при язвенном колите
- Преимущественное или изолированное поражение толстой кишки при болезни Крона
- Возможный тотальный диффузный колит при болезни Крона в случаях тяжелого поражения

Для детей раннего возраста характерны особые формы моногенных ВЗК, которые имеют свои особенности, характеризуются преимущественным поражением толстой кишки, нередким формированием перианальных осложнений, сочетанием с внекишечными поражениями. В раннем возрасте особенно трудно проводить дифференциальный диагноз между болезнью Крона и язвенным колитом, в 20% диагностируется «неклассифицируемый (недифференцированный) колит». Для подростков, особенно мальчиков, наиболее характерно развитие илеита или илеотифлита, а также перианальные поражения. Развитие стенозирующей и пенетрирующей формы болезни Крона у детей происходит более быстрыми темпами.

ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЭЗОФАГИТ У ДЕТЕЙ: ТРУДНЫЙ ПУТЬ К ДИАГНОСТИКЕ

НА ОСНОВЕ СОБСТВЕННЫХ ДАННЫХ

УДК 616.329-002-053.2-072.1(476.2)

Дежурко А.В.¹, Чеченкова Е.В.², Ковалевская Е.Р.¹, Радченко Е.А.¹

¹ Учреждение «Гомельская областная детская клиническая больница»

² Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Беларусь

Введение

Эозинофильный эзофагит (ЭоЭ) – новая болезнь [1]. С момента выделения в начале 1990-х годов в отдельную нозологическую форму стала нарастать частота установления диагноза и распространенность этого заболевания.

В последние годы по данной проблеме опубликован ряд согласительных документов, в том числе Европейским обществом детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов (ESPGHAN) [1, 2].

С 2011 г. отдельные публикации появляются и в Беларуси. Вместе с тем, в действующих клинических протоколах и МКБ-10 в качестве самостоятельного диагноза ЭоЭ не выделен, в образовательные программы медуниверситетов не включен. Следовательно, реализация системных мероприятий по выявлению и лечению данной патологии у детей затруднена.

Цель

Установить на основе собственных наблюдений закономерности клинических и эндоскопических изменений, позволяющих предположить наличие у ребенка ЭоЭ на амбулаторном этапе или непосредственно при выполнении эндоскопического исследования.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинских документов 20 несовершеннолетних пациентов, у которых при проведении плановой или экстренной эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) выявлены эндоскопические, а по результатам биопсии пищевода и морфологические признаки ЭоЭ. Исследования выполнялись на оборудовании EVIS EXERA III (CLV-190), OLYMPUS (Япония).

Результаты и обсуждение

В 2019 году в детском эндоскопическом отделении выполнено 4 373 эндоскопических вмешательства, из них ЭГДС – 3 703. Биопсия пищевода выполнена 45 несовершеннолетним пациентам.

Решение о взятии биопсии в пищеводе принималось врачом-эндоскопистом при обнаружении макроскопических признаков эзофагита. Оценка изменений основывалась на шкале EREFS, включающей 5 основных эндоскопических признаков [2].

Биопсия выполнялась из дистального и проксимального отделов пищевода (не менее 3-х биоптатов). При морфологическом исследовании биоптатов использовалась

окраска гематоксилин-эозином, критерием диагноза ЭоЭ служила интраэпителиальная эозинофильная инфильтрация не менее 15 эозинофилов в поле зрения микроскопа высокого разрешения (×400).

Морфологические признаки ЭоЭ выявлены в биоптатах 20 пациентов (44,4 %), из них в 3 случаях – более 15 эозинофилов в поле зрения, 15 – более 24 в поле зрения, 2 – более 30 в поле зрения.

У пациентов с морфологическим подтверждением ЭоЭ наиболее часто определялись нерезко выраженные фиксированные концентрические сужения просвета пищевода (циркулярные кольца) в средней и нижней трети пищевода (13 детей, 65 %) и продольные неглубокие борозды (12 – 60 %). Очаговый белый экссудат (эозинофильные микроабсцессы) определялся у 11 пациентов (55 %), при этом в нескольких случаях прослеживалось симметрично-продольное, параллельно бороздам, расположение слегка-возвышающихся «посадочные огни» взлетно-посадочной полосы (рисунок 1, собственное наблюдение, 2015 г.). Реже описан отек в виде исчезновения сосудистого рисунка (4 – 15%). Стриктуры выявлены у 3 детей в дистальном отделе пищевода. Кроме того, в 2 случаях описан симптом «крепированной бумаги», в 2 случаях преобладали симптомы характерные для кандидоза (отек, гиперемия, творожистый налет), у 2 пациентов по экстренным показаниям удалены инородные тела пищевода (вклинение кусков пищи).

Следует подчеркнуть, что 5 отчетливо выраженных эндоскопических признаков EREFS выявлены только у одного ребенка 14 лет, госпитализированного с подозрением на инородное тело пищевода, жалобами на дисфагию, невозможность глотания твердой пищи и задержкой физического развития.

Среди клинических симптомов, описанных в медицинских картах стационарного или амбулаторного пациента, преобладали «традиционные»: боли в животе (9), неприятный запах изо рта (6), снижение аппетита (5), отрыжка (5), тошнота (4), реже избирательность аппетита (2), эпизоды рвоты (2), дисфагия (2), запивание пищи водой (2), отказ от твердой пищи (1). Ни в одном случае характерные для эозинофильного поражения пищевода жалобы не детализированы.

Анамнестически прослеживается ассоциация ЭоЭ с аллергиями [4], которая выявлена у 14 детей (65%), из них бронхиальная астма – 5, атопический дерматит – 4, аллергический ринит – 3.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют о достаточно высокой частоте выявления ЭоЭ в детской популяции (1:185, от выполненных ЭГДС).

В ранние сроки от начала заболевания специфические клинические признаки ЭоЭ отсутствуют, заподозрить заболевание без детализации жалоб затруднительно. Как правило, больные дети постепенно приспосабливаются к дисфагии – предпочитают жидкую пищу, отказываются от твердой пищи или подолгу и тщательно ее пережевывают, запивают!

Эндоскопическое обследование, при условии достаточного опыта врача-эндоскописта и наличия эндоскопов высокого разрешения, позволяет выявить начальные макроскопические изменения в пищеводе и провести

множественную биопсию для морфологического исследования. Однако, даже при отсутствии эндоскопических изменений биопсия обязательна при наличии характерных клинических жалоб и симптомов.

Диагноз ЭоЭ должен основываться на сочетании клинических симптомов с морфологическими признаками, после исключения вторичных причин эозинофильного воспаления.

Оптимальным, для раннего выявления ЭоЭ, назначения правильного лечения в соответствии с рекомендациями международных согласительных документов и снижения риска инвалидизации детей от данной патологии, является повышение информированности и полное взаимодействие врачей-специалистов, оказывающих медицинскую помощь детскому населению.

Литература

1. Straumann, A. Pediatric and adult eosinophilic esophagitis: similarities and differences / A. Straumann, S. Aceves, C. Blanchard. – *Allergy*. – 2012. – № 67. – P. 477-490.
2. Кайбышева, В. О. Эозинофильный эзофагит: современный взгляд на проблему и собственные клинические наблюдения / В. О. Кайбышева [и др.]. – *Доказательная гастроэнтерология*. – 2019. – Т.8. – №1. – С. 58-83.
3. Будкина, Т. Н. Эозинофильный эзофагит у детей / Т. Н. Будкина [и др.]. – *Вопросы современной педиатрии*. – 2016. – №15 (3). – С. 239-249.
4. Von Arnim U., Wex T., Link A., Messerschmidt M., Venerito M., Miehke S., Malfertheiner P. Helicobacter Pylori Infection Is Associated With a Reduced Risk of Developing Eosinophilic Oesophagitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2016; 43 (7): 825–830. DOI: 10.1111/apt.13560.

ОПЕРАТИВНАЯ ЭНДОСКОПИЯ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Дробязгин Е. А.^{1,2} Аникина М. С.¹, Чикинев Ю. В.^{1,2}, Архипов Д. А.¹, Судовых И. Е.¹

¹ ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

² ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» МЗ РФ

г. Новосибирск



Рис. 1. Обзорная рентгенограмма шеи, грудной клетки и живота пациента 9 месяцев. В верхней трети пищевода определяется рентген-контрастное инородное тело (зажим от заколки)



Рис. 2. Эндофотограмма. Инородное тело в просвете желудка (ботинок от игрушки)



Рис. 3. Эндофотограмма. Удаление инородного тела из желудка (брелок)

В период с 1970 по 2019 год в стационар обращались за медицинской помощью 307 пациентов детского возраста с подозрением на наличие или с наличием инородного тела верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Более 50% пациентов (208) были пациенты в возрасте до 4 лет.

Давность от предполагаемого момента проглатывания инородного тела до обращения в стационар составляла от 1 часа до 5 суток. До 2 часов – 33 (10,75%) пациентов, от 2 до 6 часов – 82 (26,71%), от 6 до 12 часов – 104 (33,87%), от 12 до 24 часов – 51 (16,61%), более 1 суток – 25 (8,14%), 2 суток – 7 (2,28%), 3 суток – 2 (0,65%), 4 суток – 1 (0,32%), 5 суток – 2 (0,65%). В большинстве случаев 270 (87,94%) обращение в стационар происходило в течение первых суток от момента проглатывания инородного тела. В случаях госпитализации в стационар в сроки более суток причинами было позднее обращение родителей с ребенком в стационар, либо госпитализация в стационар по месту жительства с проведением динамического наблюдения или попыток эндоскопической экстракции, что было предпринято в 25 (8,14%) случаев.

Самыми частыми жалобами при обращении в стационар были госпитализации были нарушения приема пищи, сопровождающиеся поперхиванием, слюнотечением и боязнью глотать (129 пациентов), болевой синдром в покое или при глотании (56).

Тактика обследования определялась в зависимости от локализации, размеров инородного тела и давности эпизода проглатывания. После сбора анамнеза при отсутствии рентгенограммы при подозрении на проглатывание инородного тела выполнялась рентгенография грудной клетки с захватом шеи и органов брюшной полости. Инородное тело было обнаружено у 163 (53,09%) обратившихся в стационар (рисунок 1).

Эндоскопическое исследование проведено всем пациентам. Во всех случаях исследования проводились в условиях ингаляционной анестезии севораном или фторотаном (287 пациентов), либо под внутривенной анестезией с применением пропофола (20). Инородное тело(а) были обнаружены у 182 (59,28%) пациентов (рисунки 2-3).

У 1 пациента инородное тело обнаружено в глотке, у 92 в пищеводе, у 90 в желудке, у 2 в двенадцатиперстной кишке. При этом в 4 наблюдениях в просвете пищевода, желудка или двенадцатиперстной кишки обнаружены 2 и более инородных тела.

У подавляющего большинства пациентов (180 (98,9%)) пациентов инородное тело(а) были извлечено, а у 2 (1,1%) пациентов (при локализации инородного тела в пищеводе и отсутствия необходимости его экстракции смещено в желудок). Для извлечения инородных тел использовались различные щипцы и захваты: биопсийные щипцы, щипцы «крысиный зуб» и «аллигатор», петля для полипэктомии, петля-сачок, двух и трехлепестковые захваты.

Извлеченное из глотки инородное тело – кость. Металлические инородные тела были извлечены из пищевода у 77 пациентов (фольга – у 1, монеты – у 67 (в трех случаях 2 и более), бегунок от замка у 1, шар – у 1, батарейки – у 4, канцелярская кнопка – у 1, ключ – у 1, шарики от металлического конструктора – у 1), пластик и резина у 3 (пластик – у 1, соска – у 1, бусы – у 1), фрагменты пищи у 10, кость у 1. Металлические инородные тела, извлеченные из желудка извлечены у 84 пациентов (монеты у 64 (в 1 случае 2 монеты), канцелярская скрепка у 1, магнит у 1, ювелирное украшение у 1, батарейки из часов у 10 (в 1 случае 2 батареи), брелок у 1, металлический шар у 2, заколка у 2, гайка у 1, болт у 1), пластик и стекло у 4 (пластик у 1, бусы у 1, соска у 1, присоска у 1). Среди предметов, извлеченных из двенадцатиперстной кишки были пластиковая палочка от леденца у 1 пациента и пластиковая ложка у 1.

Среди фрагментов пищи, обнаруженных в пищеводе, у 8 пациентов обнаружены куски мяса, у 1 фрагменты орехов и у 1 – лавровый лист. При этом в трех случаях обращения в стационар в анамнезе был химический ожог пищевода, что привело к формированию рубцовой стриктуры и задержки пищевых масс в просвете пищевода. Инородное тело было извлечено, проведен курс бужирования пищевода по металлической струне-проводнику с хорошим клиническим эффектом.

Особую сложность при удалении представляли магнитные предметы и батареи-таблетки для часов. В первом случае большое количество инородных тел, имеющих неправильную форму, создавало конгломерат, который не позволял захватить и извлечь все предметы за один раз. В подобных ситуациях захват и удаление осуществлялись с использованием сачка для удаления инородных тел. Во второй ситуации длительное нахождение инородных тел в просвете пищевода, привело к возникновению контактного ожога слизистой оболочки с пролежнем и частичном внедрением инородного тела в стенку, что требовало соблюдения осторожности при его извлечении. Извлеченные инородные тела представлены на рисунке 4.

У 10 пациентов после экстракции инородных тел обнаружены изменения не слизистой оболочке пищевода и желудка. Так, изменения в пищеводе выявлены у 9 пациентов (язва у 1, пролежень стенки у 3 (сквозной характер у 2 пациентов), контактный ожог у 4, осаднение слизистой оболочки у 1, причинами которых были проглоченные батареи и длительно находившиеся в просвете пищевода монеты (рисунок 5). При этом в двух случаях пролежень имел сквозной характер. При пролежнях в обоих случаях установлен назогастральный зонд для питания. Летальный исход был у 1 ребенка с пролежнем

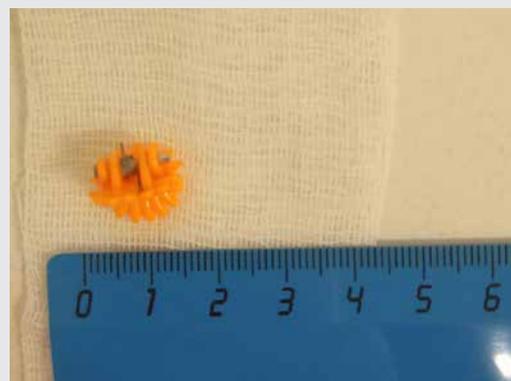


Рис. 4. Извлеченное инородное тело из пищевода (заколка)



Рис. 5. Эндоскопическая фотография. После экстракции инородного тела. Ожог слизистой оболочки пищевода в месте нахождения инородного тела (батарейка)

стенки пищевода и кровотечением в отсроченном периоде (через 1 неделю после экстракции). Причина контактного ожога в желудке – проглоченные батареи (2), находившиеся в просвете более суток.

Выводы

Эндоскопическое исследование пациентам детского возраста с подозрением на инородное тело показано во всех случаях. В случае обнаружения все крупные, металлические инородные тела, батареи, крупные фрагменты пищи, магниты должны быть удалены при выполнении исследования.

В ситуации с наличием повреждения слизистой или стенки органов верхних отделов желудочно-кишечного тракта, связанного с нахождением инородного тела дальнейшая тактика избирается индивидуально.

ЯЗВЫ КУШИНГА, МИФ ИЛИ ЖЕСТОКАЯ РЕАЛЬНОСТЬ ДЕТСКОЙ ЭНДОСКОПИИ

Карасева О. В., Харитонов А. Ю., Шавров А. А., Капустин В. А., Тимофеева А. В., Горелик А. Л., Голиков Д. Е.
НИИ Неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ

г. Москва



■ Карасева О. В.



■ Шавров А. А.

Введение

Язвы Кушинга относятся к одной из разновидностей гастродуоденальных стрессовых язв, возникающих при тяжелых черепно-мозговых травмах с развитием дислокационного синдрома, при опухолях ствола головного мозга. Малый объем литературных данных и уникальность каждого наблюдения определяют отсутствие единой диагностической и лечебной тактики. Для язв Кушинга свойственны множественные острые повреждения слизистой оболочки фундального отдела желудка и проксимальных отделов двенадцатиперстной кишки. Клинически стрессовые язвы редко сопровождаются болевым синдромом и обычно проявляются лишь после развития осложнений, таких как желудочно-кишечное кровотечение и перфорация.

Цель

Демонстрация редкого клинического случая пенетрации язвы Кушинга луковицы 12 п.к. в головку поджелудочной железы у ребенка 4 лет.

Материалы и методы

В приемное отделение НИИ НДХиТ обратились родители с девочкой 4 лет. Из анамнеза известно, что ребенок был оперирован по поводу медуллобластомы IV желудочка головного мозга, внутренней окклюзионной гидроцефалии. При выписке из первичного стационара состояние оценивалось как «относительно удовлетворительное, стабильное». Через день дома мама стала обращать внимание на нарастающую бледность ребенка, стул темного цвета, подъем t тела до 38,5.

При поступлении состояние тяжелое. Выраженная бледность кожных покровов и слизистых, тахикардия ЧСС — 170 в мин, гипотензия АД — 67/34 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, умеренно-болезненный при пальпации в верхних отделах. Стул накануне — мелена. В ОАК тяжелая анемия Hb — 36 г/л, RBC — 1, Hct — 9,8, PLT — 361. Ребенку выполнена гемотрансфузия, трансфузия свежзамороженной плазмы (СЗП),

начата антисекреторная и антибактериальная терапия. При стабилизации показателей гемодинамики и купировании тяжелой анемии выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), диагностировано состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) Forrest 1b из язвенного дефекта антрального отдела желудка, язва 0,5 x 0,5 см. Выполнен превентивный комбинированный эндоскопический гемостаз инъекцией 0,0001% раствора адреналина и аргоноплазменная коагуляция. Продолжена консервативная терапия в полном объеме. На 3 сутки отмечен рецидив кровотечения, во время ЭГДС диагностировано состоявшееся кровотечение F 1a из язвы луковицы 12 п.к. Выполнен комбинированный гемостаз. Утром 4 дня состоялся повторный эпизод ЖКК, сопровождавшийся дестабилизацией гемодинамики. Учитывая тяжесть состояния, а также рецидив кровотечения на фоне проводимого эндоскопического лечения, решено выполнить ЭГДС в экстренном порядке в условиях операционной, при неэффективности эндоскопического гемостаза выполнить лапаротомию с прошиванием язвенного дефекта. Выполнена ЭГДС под CO_2 -инсуфляцией, диагностировано состоявшееся кровотечение Forrest 1a из язвы луковицы 12 п.к. При попытке выполнить аргоноплазменную коагуляцию получено неконтролируемое артериальное кровотечение Forrest 1a. Выполнена лапаротомия, дуоденотомия с остановкой кровотечения прошиванием. Интраоперационно диагностирована пенетрация язвы в головку поджелудочной железы. Послеоперационный период протекал гладко, состояние ребенка стабилизировалось, начато кормление в кишку.

На 10 сутки послеоперационного периода вновь развилось кровотечение. Селективная эмболизация сосудов во время ангиографии имела кратковременный эффект. На фоне массивного кровотечения выполнена лапаротомия, дуоденэктомия, формирование гастроэнтеро-, гепатикоэнтеро- и панкреатоэнтеро- анастомозы на петле по Ру. В послеоперационном периоде отмечена положительная динамика с восстановлением пассажа по ЖКТ. Девочка была выписана для продолжения лечения по основному заболеванию. В анамнезе повторных кровотечений не отмечено, пассаж по ЖКТ сохранен, жалоб нет.

Заключение

Для тяжелых черепно-мозговых травм с развитием дислокационного синдрома, а так же опухолей ствола головного мозга характерны выраженные деструктивные изменения верхних отделов ЖКТ, осложняющиеся массивным кровотечением и перфорацией стенки, что определяет обязательное проведение ЭГДС в режиме мониторинга для обеспечения своевременной неотложной помощи и принятия индивидуальных хирургических решений.

СОВРЕМЕННАЯ СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ У ДЕТЕЙ

Паролова Н.И., Иванов Г.В., Лопатина Л.В., Умрилов А.А., Корниенко Е.А.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
Детская городская клиническая больница № 5 им. Н.Ф. Филатова

г. Санкт-Петербург

Распространенность гастродуоденальных язв у детей Санкт-Петербурга за 10 снизилась в 3, 5 раза и составляет сейчас 0,45:1000, что обусловлено уменьшением инфицированных *H.pylori* детей. По данным масштабного исследования 2009–2011г, в Санкт-Петербурге инфицировано 48,5% детей против 78% в начале 2000-х. В структуре причин гастродуоденальных язв роль инфекции *H.pylori* также снизилась: если 20 лет назад практически все больные с гастродуоденальными язвами были инфицированы, то сейчас доля инфицированных составляет 78%. В структуре гастродуоденальных язв появились случаи эозинофильных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки (3 детей), болезни Крона (1 ребенок). Эозинофильные поражения были свойственны детям раннего возраста, у всех детей осложнялись кровотечениями, в 1 случае — формированием стеноза привратника. Тем не менее, инфекция *H.pylori* остается основной причиной гастродуоденальных язв.

Кровотечение является наиболее частым осложнением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Несмотря на эффективное применение в рутинной практике методов эндоскопического гемостаза, летальность при язвенных кровотечениях продолжает оставаться высокой, особенно во взрослой практике — в пределах 5–10% [2, 3].

Актуальной остается проблема рецидива язвенных кровотечений, частота возникновения которых у взрослых варьирует в интервале от 1,8% (при тепловом методе гемостаза) до 21% (при клипировании) [1].

Материалы и методы

Нами проведён анализ 20-летнего опыта лечения детей с ЖКК. С 1998 по 2018 гг. в стационаре Детской городской клинической больницы № 5 им. Н.Ф. Филатова, СПб. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), как основной метод диагностики при подозрении на желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) выполнялась 1036 детям, но язвенное кровотечение было выявлено только в 402 случаях — у 284 (70,6%) мальчиков и 118 (29,4%) девочек. Достоверно чаще язвенное кровотечение встречалось в возрасте 12–17 лет. Рис. 1

Причем у мальчиков была характерна преимущественная локализация язвенного дефекта в луковице 12 п. к., тогда как у девочек — в теле желудка. Рис. 2.

Кроме того, мы отметили некоторый волнообразный характер язвенных кровотечений в этом временном отрезке. Рис. 3.

Активное использование различных способов эндоскопического гемостаза в нашем стационаре началось в 1999 году, благодаря чему рецидив кровотечения

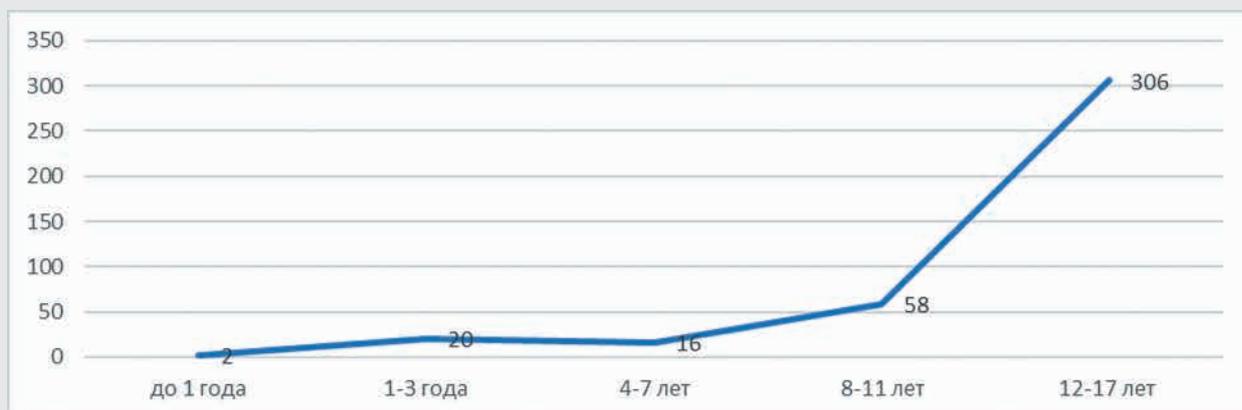


Рис. 1. Частота встречаемости язвенных кровотечений в ДГКБ № 5 им. Н.Ф. Филатова по возрастным группам



Рис. 2. Частота локализации язвенных дефектов у мальчиков и девочек

за 20-летний период отмечался только в 2,1% случаев. Мы считаем, что такой низкий показатель повторного кровотечения связан так же с применением алгоритма консервативного лечения язвенных кровотечений с обязательным использованием ингибиторов протонной помпы в течение 3 суток с последующим переходом на пероральные формы в сочетании с эрадикационной терапией инфекции *H.pylori*.

Согласно нашим данным, процент инфицирования бактерией *H.pylori* при язвах желудка и 12 п. к. составляет сейчас 78% (Рис. 4.). Согласно Российским и международным рекомендациям, что язвенная болезнь, в том числе осложненная кровотечением, является абсолютным показанием для проведения антихеликобактерной терапии после успешного эндоскопического гемостаза.

По данным С.В. Доброквашина и соавт, ранняя эрадикация *H.pylori* у взрослых с язвенным кровотечением

предупреждает развитие повторных кровотечений у всех без исключения больных, в то время как у больных, не получавших антихеликобактерной терапии, рецидивы язвенных кровотечений возникают в 30% и более случаев [4].

Диагностика хеликобактериоза при проведении плановой ЭГДС крайне важна, поскольку вовремя проведенная антихеликобактерная терапия является эффективным способом профилактики возникновения язв и язвенного кровотечения. Среди инвазивных методов диагностики бактерии *H. pylori* во всем мире широко применяются так называемые уреазные экспресс-методы, определяющие HP-статус пациента по уреазной активности биоптата слизистой оболочки желудка. В России в последний год появились новые уреазные методы диагностики хеликобактериоза — AMA RUT Expert и AMA RUT PRO (ООО «АМА», СПб).

Главной особенностью данных методов является их селективность [6], достигнутая благодаря специальной конструкции мембраны, за счет которой происходит разделение ферментативной и индикаторной реакций. Только уреазы *H. pylori*, если она содержится в биоптате, на первом слое теста вступает в реакцию и образовавшийся аммиак проникает сквозь мембрану для запуска индикаторной реакции.

Таким образом, изменение цвета индикаторной композиции происходит исключительно при наличии уреазной активности в биоптате, исключая ложных реакция при наличии желчи, воды в желудке. Оба метода хорошо зарекомендовали себя в рутинной диагностике хеликобактериоза. Так согласно данным Б.Д. Старостина, обследовавшего взрослых пациентов с гастро-дуоденальной патологией с помощью AMA RUT Expert — 1116 человек (средний возраст $53,7 \pm 12,9$) и с помощью AMA RUT PRO — 101 человек (средний возраст $53,3 \pm 11,5$) обе методики продемонстрировали высокие показатели досто-

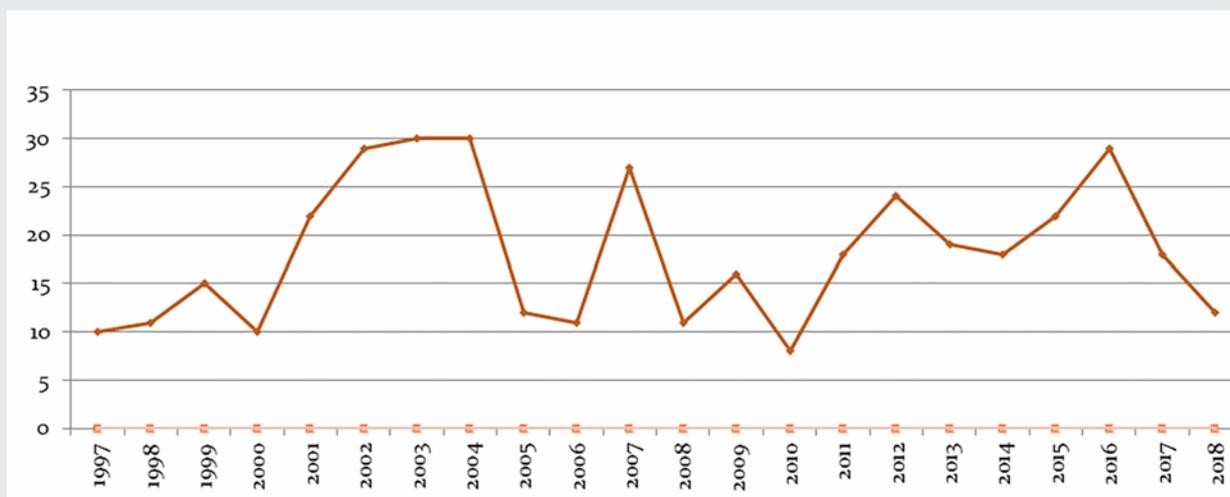


Рис. 3. Частота язвенных кровотечений в ДГКБ № 5 им. Н.Ф. Филатова за период с 1998 по 2018 год

верности в сравнении с данными гистологического метода диагностики биопатов. Чувствительность AMA RUT Expert была 100%, специфичность — 98,4%. У AMA RUT PRO чувствительность и специфичность — 100% и 98% соответственно.

Литература

1. Cipolletta L., Bianco M.A., Marmo R., Rotondano G., Piscopo R., Vingiani A.M., Meucci C. Endoclips versus heater probe in preventing early recurrent bleeding from peptic ulcer: a prospective and randomized trial. *Gastrointest Endosc* 2001; 53: 147–151.
2. Lanas A., Upper G.I. Bleeding-associated mortality: challenges to improving a resistant outcome. *Am J Gastroenterol* 2010; 105: 1: 90–92.
3. Sung J.J., Tsoi K.K., Ma T.K. et al. Causes of mortality in patients with peptic ulcer bleeding: a prospective cohort study of 10,428 cases. *Am J Gastroenterol* 2010; 105: 90–92.
4. С.В. Доброквашин, Д.Е. Волков, А.Г. Измайлов. Лечебно-диагностическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. *Практическая медицина*. — 2 (67) май 2013, С. 25.
5. Б.Д. Старостин. Результаты клинического исследования. МГЭЦ № 1, Санкт-Петербург. 2019.
6. ООО «АМА». Инструкция по применению Экспресс-тест AMA RUT для качественного определения уреазы *Helicobacter pylori* хромогенным методом ин витро по ТУ 20.59.52–008–59483502–2017. 2019. Стр.1

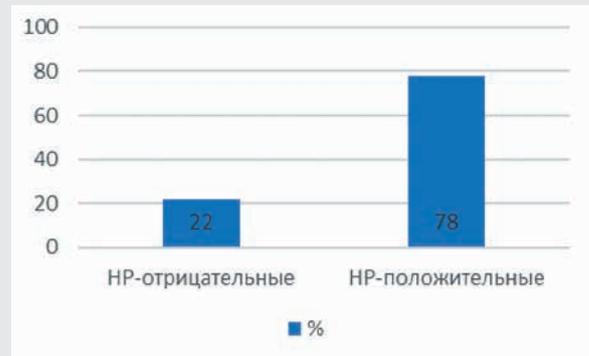


Рис. 4. Процент инфицированности бактерией *H. pylori* согласно данным гистологического исследования биопатов желудка пациентов с язвенными дефектами желудка и 12 п. к. в ДГКБ № 5 им. Н. Ф. Филатова

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ УЛЬТРОСОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

ОПЫТ ЦЕНТРА

Подлипаева С. Г., Захаров И. В., Шубина Т. С.
НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева

г. Москва



■ Подлипаева С. Г.



■ Захаров И. В.



■ Шубина Т. С.

Актуальность

Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) у взрослых пациентов является «золотым стандартом» в диагностике заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [1,2]. В педиатрии применение ЭУС ограничено в связи с лимитом размерного ряда эхоэндоскопов, редкостью патологии и недостаточным опытом у детских эндоскопистов, а также неосведомленностью педиатров о диагностических и терапевтических возможностях метода [2,3,4,6].

Однако при анализе зарубежной литературы доказана безопасность данного исследования у пациентов весом более 15-20 кг [3], а также описаны случаи проведения ЭУС детям первого года жизни.

По литературным данным большинство исследований у детей выполняются для диагностики заболеваний панкреато-биллиарной зоны (77,7%) и верхних отделов ЖКТ (15,4%). В качестве малоинвазивного вмешательства ЭУС используется в 21,2% случаев [2].

Лечебно-диагностическая тактика после проведения ЭУС меняется в 81,7% случаев (от 35 до 100% по разным данным) [2,3,4,6], что подтверждает значимость данного исследования в детской практике.

Цель

Оценить возможность и перспективность проведения ЭУС у детей на примере опыта НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Пациенты и методы

В период с января 2019 г. по январь 2020 г. в условиях НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева ЭУС верхних отделов ЖКТ была выполнена 10 пациентам в возрасте от 5 до 16

лет. Показаниями к проведению исследования были подозрение на новообразование поджелудочной железы (6 пациентов) и диагностика подслизистых новообразований ЖКТ (4 пациента). Все исследования выполнялись под общей анестезией конвексным видеогастроскопом Pentax EG-3270UK.

Результаты

При проведении ЭУС поджелудочной железы в 3-х случаях ультразвуковые признаки соответствовали солидной псевдо-папиллярной опухоли (СППО), в 1-м случае – липоме; 2 случая носили описательный характер новообразования (первое позднее определено как нейроэндокринная опухоль (НЭО), второе не верифицировано). ЭУС с тонкоигольной пункцией (ЭУС-ТИП) выполнена 1-му пациенту с СППО. По данным гистологического заключения дифференциальный диагноз проводился между панкреатобластомой и СППО. В остальных случаях ЭУС-ТИП не проводилась, т.к. не влияла на тактику лечения. Всем пациентам с СППО и НЭО выполнена панкреатодуоденальная резекция, диагноз подтвержден. Ребенок с липомой выписан с рекомендациями наблюдения по месту жительства. У пациента с неверифицированным новообразованием после проведения открытой биопсии данных за неопластический процесс не получено, пациент оставлен под динамическим наблюдением.

В случае с подслизистыми новообразованиями желудка диагностированы следующие патологические состояния: aberrantная поджелудочная железа – 1, дупликационная киста – 1, варикозное расширение вен желудка – 1, гастроинтестинальная стромальная опухоль (ГИСО) – 1.

Таким образом, тактика ведения пациентов поменялась в 100% случаев при подслизистых новообразованиях же-

лудка, а в диагностике новообразований поджелудочной железы ЭУС явилась уточняющей методикой.

Заключение

Продемонстрированные клинические случаи показывают возможность и перспективность применения ЭУС у детей. В связи с чем мы считаем необходимым дальнейшее внедрение метода в педиатрическую практику.

Список литературы

1. Нечипай А.М., Орлов С.Ю., Федоров Е.Д. ЭУСбука: Руководство по эндоскопической эндосонографии. – М.: Практическая медицина, 2013. – 400 с.: ил.
2. Gordon K, Conway J, Evas J, Petty J, Fortunato JE, Mishra G. EUS and EUS-Guided Interventions Alter Clinical Management in Children with Digestive Diseases. *JPGN* 2016;63: 242–246
3. Fugazza A., Bizzarri B., Gaiani F., Manfredi M, Ghiselli A. The role of endoscopic ultrasound in children with Pancreatobiliary and gastrointestinal disorders: a single center series and review of the literature. *BMC Pediatr.* 2017; 17: 203.
4. Tan Attila, MD, Douglas G. Adler, MD, Kristen Hilden, MS, Douglas O. Faigel, MD EUS in pediatric patients. *GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY* Volume 70, No. 5 : 2009
5. Jin Woong Cho and the Korean ESD Study Group Current Guidelines in the Management of Upper Gastrointestinal Subepithelial Tumors *Clin Endosc.* 2016 May; 49(3): 235–240.
6. Bizzarri B., Nervi G., Ghiselli A., Manzali E., Di Mario F. et. ell. Endoscopic ultrasound in pediatric population: a comprehensive review of the literature. *Acta Biomed* 2018; Vol. 89, Supplement 9: 33-39

ЭНДОСОНОГРАФИЯ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ

ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Солодина Е. Н.¹, Чекмазов И. А.¹, Фомичева Н. В.¹, Ефременков А. М.¹, Соколов Ю. Ю.²

¹ ФГБУ Центральная Клиническая Больница с поликлиникой Управления Делами Президента РФ

² ФГБОУ ДПО «Российской медицинской академии непрерывного образования»

г. Москва



■ Солодина Е. Н.



■ Чекмазов И. А.



■ Фомичева Н. В.



■ Ефременков А. М.



■ Соколов Ю. Ю.

Актуальность

Эндоскопическое ультразвуковое сканирование (ЭУС) является наиболее информативным методом диагностики заболеваний панкреатобилиарной зоны у взрослых пациентов, чувствительность которого, зачастую, превосходит трансабдоминальное ультразвуковое исследование (УЗИ), мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ). Прямое контрастирование желчных и панкреатических протоков при эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРПХГ), даёт больше информации об их анатомии, однако не всегда информативно в отношении объёмных новообразований и мелких конкрементов. Кроме этого, ЭРПХГ — инвазивный метод, имеющий опасность развития тяжёлого панкреатита, особенно у молодых пациентов и детей, поэтому выполняется только как этап лечебного транспапиллярного вмешательства.

Анализ работы и литературных данных показал, что в ряде случаев, выполнение ЭРПХГ не обосновано, в связи с чем, во всех случаях перед первичной ЭРПХГ, независимо от данных других лучевых методов, мы проводим ЭУС. В нашей клинике ЭУС широко используется при сложной диагностике заболеваний панкреатобилиарной зоны у взрослых пациентов.

Рост числа пациентов детского возраста с аномалиями желчевыводящих путей, холедохолитиазом, образованиями поджелудочной железы (ПЖ) диктует необходимость применения ЭУС. В отечественных публикациях мы не встретили данные использования ЭУС у детей, а в немногочисленных иностранных работах отмечается малое количество выполненных процедур в «одних руках», однако все они указывают на высокую эффективность и чувствительность метода, способного повлиять на тактику лечения.

Материалы и методы

В исследование включено 11 пациентов в возрасте от 3 до 16 лет, которым было выполнено эндоскопическое ультразвуковое исследование (ЭУС) в течение года. Во всех случаях использовали эндоскопическую стойку Olympus с ультразвуковым блоком ME-1. Стандартный эхоэстро-скоп с датчиком конвексного сканирования использовался в 9 случаях, в 2 случаях использовали эхобронхоскоп, дополненный самостоятельно смоделированным инсuffлятором. Диагностическая эндосонография была выполнена 9 пациентам, интервенционная — 2. При диагностических исследованиях мы использовали внутривенную седацию, при интервенционных — интубационный наркоз. Длительность исследования составила от 15 минут до получаса.

Результаты

Эндоскопическое ультразвуковое исследование оказалось информативным у всех 11 пациентов. Подозрение на холедохолитиаз служило показанием к исследованию у 6 пациентов. В трех наблюдениях отсутствие конкрементов при ЭУС позволило отказаться от проведения ретроградного вмешательства. У трех пациентов холедохолитиаз был подтвержден, выполнено ЭРПХГ с литоэкстракцией, в том числе у одного пациента с аномально высоким панкреатобилиарным соединением. Эндосонографическая диагностика аномального панкреатобилиарного соустья видится очень перспективной именно у пациентов детского возраста. Такое аномальное соустье, на уровне головки поджелудочной железы, выявлено еще у одного пациента с веретенообразной кистой холедоха, что могло явиться одним из этиологических факторов развития кисты. В одном случае, у девочки 7 лет, с ранее выполненной гепатикоэнтеростомией («бок в бок») по поводу осложнения онкологической операции, эндосонография позволила

определить уровень стеноза. Выполнено ЭРХПГ с попыткой бужирования стриктуры. Провести струну в проксимальные отделы холедоха не удалось (струна попадала в анастомозированную кишку), однако у пациентки наступило клиническое улучшение и она готовится к реконструктивной операции.

У 16-летней пациентки с тяжелым рецидивирующим течением панкреатита, осложненным образованием псевдокисты головки поджелудочной железы, с признаками кровотечения в кисту, тромбом нижней полой вены, ЭУС позволила установить аномалию развития протоковой системы: атрезия устья Санториниевого протока с его дилатацией и стеноз устья главного панкреатического протока (ГПП) с выраженной панкреатической гипертензией. В результате выполнено ЭРХПГ, вирсунготомия, стентирование ГПП со значительным клиническим улучшением.

Пункция под ЭУС-контролем выполнена двум пациентам. Мальчику 3 лет, с кистозным образованием ПЖ по данным МРТ и трансабдоминального УЗИ, выполнена пункция и полная аспирация содержимого кисты с использованием УЗ-бронхоскопа. Из особенностей отмечена значительная подвижность кисты, потребовавшая мануального пособия через переднюю брюшную стенку для проведения вмешательства. По характеру полученной жидкости и биохимическим показателям установлен диагноз мезотелиальной кисты сальниковой

сумки. При наблюдении в течение 9 месяцев рецидива кисты не отмечено.

Еще одна пункция выполнена пациентке с подозрением на кистозную опухоль хвоста поджелудочной железы по данным МРТ. Ребёнок ранее оперирован по поводу инсулиномы — выполнена дистальная резекция ПЖ. Эндосонография и анализ полученной жидкости подтвердили диагноз псевдокисты, содержимое которой полностью аспирировано при пункции. При наблюдении более года рецидива не отмечено.

Осложнений диагностических и интервенционных вмешательств не было.

Заключение

Метод ЭУС показал себя перспективным не только у взрослых пациентов, но и у детей. Он позволяет провести детальный осмотр ПЖ и внепеченочных желчных протоков, выявить аномалии развития, новообразования и конкременты. В ряде случаев, ЭУС позволяет избежать неоправданных ЭРХПГ, что особенно актуально у детей в связи с высокой реактивностью организма. Использование ЭУС-навигации позволяет выполнять минимально-инвазивные пункционно-дренажные вмешательства, которые показывают как диагностическую, так и лечебную ценность. Метод эффективен и безопасен у детей, однако дальнейшее применение ЭУС у детей требует накопления опыта и детальный анализ результатов.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИЗЪЯЗВЛЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ

Тропина И. В., Долженко О. А.
ФГБУЗ КБ№ 8 ФМБА России, Калужская область

УДК 616.036.82

 г. Обнинск

В последнее десятилетие язвенная болезнь (ЯБ) в детском возрасте перестала считаться редким заболеванием и встречается в от 1,6 до 6% и встречается примерно с одинаковой частотой у мальчиков и девочек. В структуре ЯБ у детей значительно превалирует язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), она составляет 81 % всех случаев заболевания, язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) составляет 13%, сочетание язвы двенадцатиперстной кишки и желудка встречается в 6% случаев. У школьников ЯБ встречается в 7 раз чаще, чем у дошкольников (2,7 на 1000 и 0,4 на 1000, соответственно), у городских детей – в 2 раза чаще, чем у сельских.

У детей в отличие от взрослых инфицирование *H. Pylori* намного реже сопровождается изъязвлением слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. По данным крупного европейского многоцентрового исследования, у 1233 детей с симптоматической *H. Pylori*-инфекцией, ЯБ была диагностирована менее чем у 5% детей до 12 лет и лишь у 10% подростков.

Острые отравления химическими соединениями и коррозивные поражения слизистой оболочки желудка и пищевода отмечаются в 15,8 случаев на 10 000 детей

При коррозивном гастрите наблюдаются некротически-воспалительные изменения в стенке желудка. Исходом коррозивных гастритов обычно являются рубцовые изменения желудка, чаще в пилорическом и кардиальном отделах.

За период с 2018 по 2020 в ФГБУЗ КБ№8 ФМБА в отделении эндоскопии детям было выполнено 387 ЭГДС, язвенная болезнь определялась у 10 пациентов — 2,52%. При этом язва луковицы двенадцатиперстной кишки была выявлена у 8 пациентов, что составило 2%, язва желудка у 2 пациентов (0,52%)

Приводим клиническое описание случаев, с которыми мы столкнулись в своей работе.

Все пациенты с изъязвлениями поступали в стационар педиатрического отделения с жалобами на боль в животе, тошноту и слабость. При ЭГДС у одного пациента — девочки 2005 г.р. на передней стенке антрального отдела желудка с переходом на большую кривизну определялся язвенный дефект 3,0*1,5 см с выраженной деформацией просвета органа и перифокальным воспалением, дно неправильной формы, покрыто плотной пленкой фибрина. При биопсии описан детрит, инфильтрированный лейкоцитами, фрагменты частично гиперплазированной слизистой оболочки желудка. Семейного анамнеза язвенной болезни желудка у пациентки не отмечено. В динамике после курса противоязвенной терапии через 2 месяца после лечения отмечалась выраженная рубцовая деформация антрального отдела желудка без признаков нарушения эвакуации.

Второй пациент — мальчик 2007 г.р. Семейный анамнез язвенной болезни также отсутствовал. При ЭГДС выявлен язвенный дефект размером до 2,5 см неправильной формы с высокими краями, дно выполнено фибрином и гематином. Локализация дефекта — преимущественно по нижней стенке антрального отдела желудка с выраженной деформацией просвета. Гистологически (окраска альциановым синим) описаны воспалительные изменения и дисплазия низкой степени. При тщательном расспросе пациент сообщил, что съел около 100 гр поваренной соли. В дальнейшем рубцевание язвенного дефекта также привело к выраженной рубцовой деформации антрального отдела без нарушения эвакуации пищи из желудка. Обращало внимание, что эти два случая зафиксированы в короткий временной период: второй пациент был госпитализирован в течение в течение 5 дней после первого случая. Таким образом следует учитывать особенности психики детей при сборе анамнеза, в особенности при необычных клинических находках.

ВНУТРИПРОСВЕТНАЯ ЭНДОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОБСТРУКТИВНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ

Щебенков М. В., Жирылеев А. А., Волерт Т. А.
Кафедра детской хирургии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова
ДГМ КСЦ ВМТ и ДГКБ № 5 им. Н. Ф. Филатова

📍 г. Санкт-Петербург

Заболеваемость желчнокаменной болезнью (ЖКБ) среди детей с гастроэнтерологической патологией в Санкт-Петербурге возросла за последние 10 лет с 0,1 до 1,1%, при этом, с каждым годом возрастает количество пациентов с осложненными формами ЖКБ (холедохолитиаз, обтурационная желтуха, острый деструктивный холецистит и др.).

Цель работы

Оценить место внутрипросветной эндоскопии при обследовании и лечении ЖКБ с обструктивным холедохолитиазом у детей.

С 2013 г. по 2018 г. в двух клиниках Санкт-Петербурга оперировано 96 пациентов с ЖКБ. 53 (55,2%) из них поступало в экстренном порядке с обострением заболевания, в том числе, на фоне литолитической терапии. 18 (34%) пациентов имели клинику билиарной обструкции на фоне миграции конкрементов. Планово оперировано 43 пациента (44,8%). Возраст от 8 до 17 лет, 32 мальчика (33,3%) и 64 девочки (66,7%). Из 53 экстренных пациентов, после консервативного купирования приступа печеночной колики и исключения, по данным ЯМРТ, холедохолитиаза в 43 случаях выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

В предоперационном периоде выполнение диагностической видеогастродуоденоскопии рекомендовано для исключения эрозивно-язвенного поражения верхних отделов ЖКТ (профилактика желудочно-кишечных кровотечений в послеоперационном периоде). При осмотре двенадцатиперстной кишки необходимо оценить наличие желчи в просвете кишки, оценить зону большого дуоденального сосочка.

Самым распространенным методом диагностики желчнокаменной болезни признана ультрасонография. При УЗИ можно обнаружить камень размером до 1,5 мм диаметром. Чувствительность и специфичность УЗИ превышает 95% для конкрементов желчного пузыря, но при этом составляет только 50% – 75% для холедохолитиаза. Рентгенография информативна только при рентгеноконтрастных желчных камнях, которые у детей встречаются от 20% до 50% случаев. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография (MRCP) все чаще используется для диагностики осложненной желчнокаменной болезни. Однако, в педиатрической практике большое влияние на чувствительность метода оказывает возраст пациента и технические характеристики томографа.

В диагностике и лечении холедохолитиаза у взрослых широко используют эндоскопические методы: ретроградную холангиопанкреатографию (РХПГ) с возможностью терапевтического вмешательства на желчном протоке и эндоскопическую ультрасонографию (ЭУС). В педиатри-

ческой практике частота выполнения РХПГ крайне мала, однако за последнее десятилетие отмечено увеличение потребности в выполнении эндоскопических терапевтических вмешательств на желчном протоке у детей.

Наиболее распространенными показаниями для РХПГ у детей является лечение осложненной желчнокаменной болезни и на них приходится более двух третей выполняемых процедур. Реже этот метод используют у пациентов с кистами холедоха, для диагностики и лечения стриктур общего желчного протока после трансплантации печени, диагностики повреждения внепеченочных желчных протоков.

Риски проведения РХПГ у детей сопоставимы с рисками во взрослой практике. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), прежде всего индометацина и диклофенака, ректально в раннем послеоперационном периоде позволяют уменьшить частоту постманипуляционного панкреатита. Вопрос о селективном стентировании панкреатического протока как профилактики панкреатита остается дискуссионным.

Для большинства РХПГ, выполняемых у педиатрических больных, используют стандартный взрослый дуоденоскоп (наружный диаметр 11 мм и рабочий канал 3,2 мм). Терапевтические дуоденоскопы (наружный диаметр 12,5 мм и рабочий канал 4,2 мм) могут использоваться для подростков (возраст 12–18 лет). Для детей в возрасте до 2 лет или детей весом менее 10 кг рекомендовано использование педиатрических дуоденоскопов (наружный диаметром 7,5 мм и диаметр рабочего канала 2,0 мм). Однако, диаметр инструментального канала 2 мм ограничивает терапевтическое использование этого педиатрического дуоденоскопа и, следовательно, в основном он используется для диагностических РХПГ у новорожденных.

Из 96 пациентов трое оперированы в экстренном порядке по поводу деструктивного холецистита. В 7 случаях у детей с обструктивным холедохолитиазом консервативная терапия была безуспешна, была выполнена срочная эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ПСТ) с экстракцией конкрементов и последующей лапароскопической холецистэктомией в срочно-плановом порядке. Осложнений эндоскопической ПСТ и лапароскопической холецистэктомии не было. Конверсия одна при флегмоне желчного пузыря и выраженной инфильтрации в области его шейки. Все пациенты были выписаны с выздоровлением. Считаем, что при билиарной обструкции и безуспешности консервативной терапии оптимально проведение экстренной эндоскопической ПСТ с экстракцией конкрементов и последующей лапароскопической холецистэктомией.



КЛИНИКА САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

НАШИ ПРЕИМУЩЕСТВА

- ✓ Возможность удаленных консультаций со специалистами клиники и университета в телемедицинском центре
- ✓ Уникальные операции новорожденным, детям до года и старше по всем нозологиям, в том числе кардиохирургические, микрохирургические, коррекция пороков ЛОР-органов, урологические и др.
- ✓ Высокотехнологичное оборудование, в том числе рентгенхирургическое
- ✓ Наличие полного реабилитационного комплекса: водолечение, мануальная терапия, рефлексотерапия, спортивная медицина и др.
- ✓ Лечение орфанных (редких) заболеваний
- ✓ Самая современная диагностическая аппаратура, позволяющая выполнять весь спектр необходимых исследований

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПЕДИАТРИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Здесь наблюдают беременных с тяжелой акушерской патологией, принимают роды, выхаживают недоношенных детей с экстремально низкой массой тела и оперируют новорожденных. Одним из приоритетных направлений является оказание помощи женщинам с бесплодием, привычным невынашиванием, угрожающими преждевременными родами, гестозами, многоплодной беременностью, плацентарной недостаточностью в сочетании с задержкой развития плода, наличием миомы матки, беременным с экстрагенитальной патологией. Успешно применяются самые современные вспомогательные репродуктивные технологии, в том числе ЭКО, ICSI, PESA, TESA, MESA, микроTESE, криоконсервирование.

Родильное отделение располагает современными комфортными индивидуальными родильными залами. Новорожденным с различными заболеваниями оказывают реанимационную, хирургическую, педиатрическую и другую необходимую помощь. К лечению пациента привлекаются специалисты клиники университета.



Амбулаторная и стационарная помощь

Детям

- ✓ Аллергология и иммунология
- ✓ Дерматология и косметология
- ✓ Гастроэнтерология
- ✓ Кардиология
- ✓ Лечебная физкультура

- ✓ Мануальная терапия
- ✓ Неврология
- ✓ Нефрология
- ✓ Оториноларингология
- ✓ Офтальмология
- ✓ Пульмонология
- ✓ Психотерапия
- ✓ Ревматология

- ✓ Спортивная медицина
- ✓ Ортопедия и травматология
- ✓ Кардиохирургия
- ✓ Нейрохирургия
- ✓ Фтизиатрия
- ✓ Эндокринология
- ✓ Общая хирургия
- ✓ Сосудистая хирургия

- ✓ Колопроктология
- ✓ Челюстно-лицевая хирургия
- ✓ Урология

Детям и взрослым

- ✓ Гинекология
- ✓ Стоматология
- ✓ МРТ, КТ, УЗИ, рентген

194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2; тел.: (812) 295-40-31

Отдел госпитализации: (812) 542-97-16

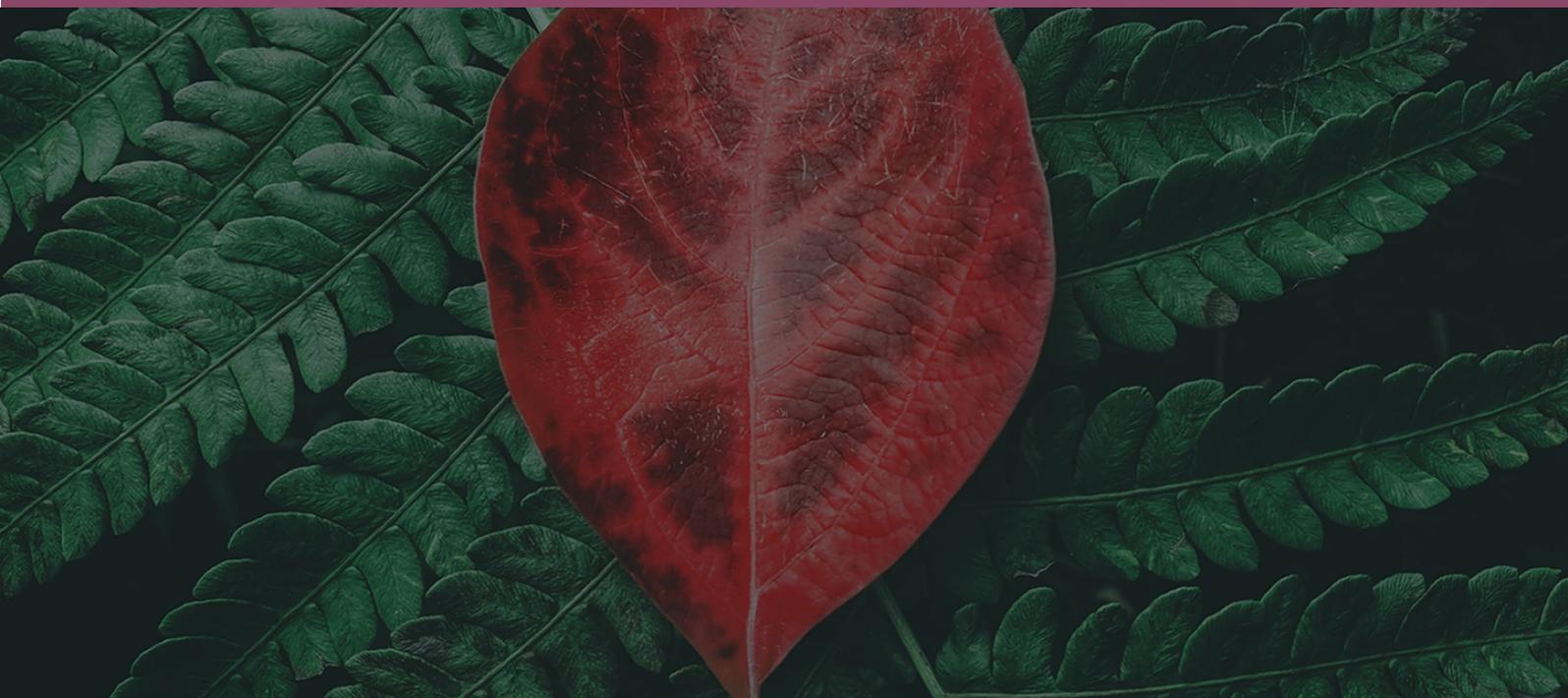
консультативный прием: (812) 416-54-04; 337-03-00; 416-53-00.

E-mail: kdc-gpma@mail.ru, 4165404@mail.ru. www.gpmu.org



актуальные вопросы
Эндоскопии
Санкт-Петербург

СЕСТРИНСКАЯ СЕКЦИЯ



#эндоскопия ❤️

Группа компаний «Фармстер»-проектно-ориентированная компания, оказывающая весь спектр услуг по комплексному оснащению медицинских учреждений и фармацевтических производств, и несущая полную ответственность за разработку проекта, его реализацию и ввод объектов в эксплуатацию.



- Проектирование
- Комплексное оснащение ЛПУ
- Оборудование для стерилизации и дезинфекции
- Оборудование для обеззараживания медицинских отходов
- Оборудование для очистки, дезинфекции высокого уровня и стерилизации эндоскопов
- Промышленное оборудование для оснащения прачечных
- Расходные материалы для дезинфекции и стерилизации

«Фармстер» - эксклюзивный представитель на территории Российской Федерации и стран СНГ ведущих мировых производителей:

STEELCO ARJO ФАРМСТИЛ
HUMANMEDITEK PLÜMAT
ECODAS AMCOR



119334, Москва,
ул. Вавилова, д. 5/3, офис 304
тел.: +7 (495) 782-91-52
e-mail: info@pharmster.com



ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ БРОНХОБИОПСИЙ

Авдюгина А. Л.
«ФГБНУ ЦНИИТ» Центр диагностики и реабилитации заболеваний органов дыхания

г. Москва

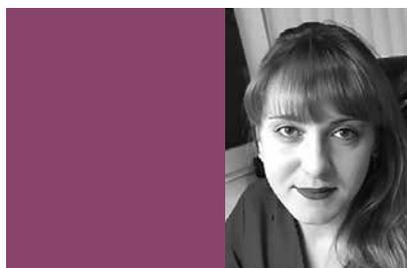
Актуальность темы состоит в том, чтобы оптимизировать работу эндоскопической медицинской сестры при проведении бронхологических биопсий и обработке диагностического материала.

Цель исследования — определение организационных аспектов сестринского процесса при проведении бронхоскопии.

Накоплен большой объем сведений о проведении и о роли медицинской сестры в подготовке пациента к ряду эндоскопических исследований. Вместе с тем, данные о порядке ассистирования эндоскопической медицинской сестрой при выполнении бронхологических исследований, а так же алгоритмы получения различных биопсий при них — отсутствуют.

Повышение эффективности при проведении бронхологических манипуляций напрямую связано с четким выполнением команд врача, так же как и комфортное перенесение пациентом исследования напрямую зависит от четкого выполнения эндоскопической медицинской сестрой правил проведения бронхологических исследований с комплексом биопсий.

В связи с ростом числа бронхологических исследований, а также с развитием новых технологий и методов получения биологического материала возникает необходимость в адекватном ассистировании эндоскопической медицинской сестры в данных исследованиях, которые сводятся в знание современных методов биопсий; в четком выполнении каждого из этапов ис-



■ Авдюгина А. Л.

следования; в грамотной обработке цитологического, гистологического и микробиологического материала, как после бронхоальвеолярного лаважа и трансbronхиальной биопсии так и после высокотехнологичных исследований таких как ЭУС/ЭБУС-ТИП, Кристо — вмешательств. Правильность технологии получения и обработки диагностического материала определяется в дальнейшем достоверной информацией о диагнозе конкретного пациента.

Заключение

Четкое следование алгоритмам ассистирования при различных бронхологических биопсиях, выполнение правил получения и первичной обработки диагностического материала эндоскопической медицинской сестрой, позволяет обеспечить высокое качество диагностических бронхологических исследований.

РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МЕДСЕСТРЫ В ДИАГНОСТИКЕ РАННЕГО РАКА ЖКТ

Гниломедова Г. В., Двойникова Е. Р.
Медицинский центр Дальневосточный федеральный университет

г. Владивосток



■ Гниломедова Г. В.

■ Двойникова Е. Р.

Актуальность

Заболеваемость и смертность от онкологических заболеваний во всем мире продолжает неуклонно расти. При этом рост заболеваемости и смертности прослеживается для рака практически всех органов пищеварения за исключением рака желудка — для злокачественных новообразований этой локализации в последние годы наметилась стойкая тенденция к снижению показателей.

Многочисленными исследованиями доказано, что прогноз заболевания в значительной степени зависит от своевременности постановки диагноза, что придает огромное значение ранней диагностике. К сожалению, у 60–80% больных с впервые установленным диагнозом рака определяются III–IV стадии заболевания. Эндоскопия дает возможность выявлять виды опухолевых, предопухолевых состояний, осуществлять дифференциальную диагностику воспалительных и опухолевых заболеваний, а также позволяет выполнять минимально инвазивное лечение ранних форм злокачественных образований желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы

Основными задачами медицинской сестры эндоскопического кабинета является выполнение назначений врача-эндоскописта и помощь ему в организации подготовки и проведении диагностических и лечебных манипуляций: предварительная беседа с пациентом о ходе процедуры; контроль правильной специальной подготовки больного к исследованию; проведение анестезии слизистой оболочки рта, проведение преикации; укладывание пациента на стол в соответствии с методикой проводимого исследования и наблюдение за ним во время исследования; помощь врачу в проведении эндоскопии, фотосъемки, биопсии.

При проведении диагностического исследования с целью выявления раннего рака пищеварительного тракта

применяют различные вспомогательные средства: цифровую хромоскопию, которая обеспечивается возможностями процессора, а также витальную хромоскопию красителями: раствором Индигокармина, Уксусной кислоты, Йода. За концентрацией красителя, сроком годности и реакцией пациента в момент исследования необходим строгий контроль медицинской сестры, в связи с возможным развитием в момент введения препарата нежелательных реакций.

В случае подозрения на злокачественный процесс по онкологическим канонам требуется верификация патологического процесса. Наиболее часто в таких случаях медицинская сестра подает биопсийный форцепт при выполнении щипковой биопсии или полипэктомическую петлю — петлевая биопсия. Далее полученный объект располагается на специальной нерастворимой бумаге для предотвращения деформации во время фиксации в растворе Формалина, что позволяет выполнить детальную оценку глубины инвазии злокачественного процесса, а также оценить радикальность удаления при петлевой биопсии. При подозрении на ранний рак желчевыводящих и дыхательных путей выполняется щеточная биопсия, а полученный при этом материал, отправляемый для цитологического исследования, требует от медицинской сестры аккуратного и скрупулезного расположения на предметном стекле или в фиксирующем растворе.

В настоящее время при проведении лечебных манипуляций используется сложный специальный медицинский инструментарий (различные виды диатермических ножей (не менее 5 разновидностей инструментов), коагуляционные форцепты, различные многоцветные и одноразовые клипирующие устройства, помпы высокого давления, лигирующие устройства, и др).

После окончания исследования разъясняя пациенту правила соблюдения необходимого режима в связи с проведением эндоскопии, проводит санитарную обработку сложного инструментария, аппаратуры, стола перед каждым новым проведением эндоскопии.

Персонал, который работает с эндоскопами, подвергается определенному инфекционному риску. Поэтому большое значение имеет защита медицинских работников эндоскопического отделения. Следит за сохранностью аппаратуры, инструментария, постоянно пополняет запасы медикаментов. Оформляет под контролем врача медицинскую документацию: журналы записи протоколов исследования, результатов цитологических и гистологических исследований.

Выводы

Выполнение современных высокотехнологичных операций диктует необходимость высококвалифицированных действий бригады, в которой медицинская сестра играет очень важную роль, является неотъемлемым помощником врача-эндоскописта, обеспечивает безопасность и комфортность сложного многопланового вмешательства, эндоскопические вмешательства позитивно влияют не только на состояние пациентов,

но и благоприятно действует на медсестер, меньшей физиологической нагрузкой, что приводит к низкому уровню усталости, тем самым снижается риск медицинской ошибки со стороны среднего медицинского персонала. Медицинская сестра — это первый и непосредственный помощник врача, принимающий активное участие, как в решении организационных вопросов, так и в проведении ряда лечебных и диагностических мероприятий.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ НЕСТЕРИЛЬНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Мысикова Г. П., Перешивко И. Н., Панкратова Е. А.
БУЗОО «Клинический диагностический центр»

г. Омск

Цель работы

Оценить инфекционные риски и определить уровень эпидемиологической безопасности нестерильных эндоскопических вмешательств.

В эндоскопическом отделе (далее Отдел) проводится работа по таким методам эндоскопической диагностики как фиброгастродуоденоскопия (далее ФГДС), фиброколоноскопия (далее ФКС).

Прием ведется в восьми отдельных эндоскопических манипуляционных кабинетах. Пять кабинетов предназначены для проведения ФГДС, три — для ФКС. Парк медицинского оборудования составляет — 22 эндоскопа, из них гастроскопов — 16, колоноскопов — 6. Среднемесячная нагрузка на аппарат составляет: гастроскоп — 1188, колоноскоп — 912. Количество исследований в год составляет более 23 000 исследований.

Актуальность

Риски инфицирования пациентов и персонала, связанные с проведением нестерильных эндоскопических вмешательств, должны быть просчитаны в каждой медицинской организации исходя из характерных только для нее факторов риска, выявленных при анализе эффективности системы эпидемиологической безопасности (далее Система).

Материалы и методы

Система оценки проводилась согласно алгоритма, изложенного в Федеральных клинических рекомендациях (ФКР), утвержденных Национальной ассоциацией специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (далее НАСКИ) в 2017 году «Определение уровня эпидемиологической безопасности нестерильных эндоскопических вмешательств в медицинских организациях» по альтернативным критериям соответствия или несоответствия требованиям нормативных документов. Система оценки включает семь блоков (компонентов), которые обеспечивают комплекс организационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических (профилактических) мероприятий, направленных на профилактику инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (далее ИСПМ) в отделениях/кабинетах, выполняющих нестерильные эндоскопические вмешательства таких как:

1. Набор и площади помещений, планировка моечно-дезинфекционного помещения, системы вентиляции и водоподготовки.
2. Организация мероприятий по контролю за ИСМП.
3. Техническое оснащение и материальное обеспечение.
4. Выполнение требований к технологии обработки эндоскопов.
5. Выполнение требований к транспортировке и хранению эндоскопов.
6. Выполнение требований к технологии обработки инструментов к эндоскопам.
7. Кадровое обеспечение и обучение медицинских работников вопросам профилактики ИСМП в эндоскопии.

Требования к каждому блоку Системы определены в соответствующих пунктах санитарных правил 3.1.3263–15 и методических указаний 3.1.3420–17.

Результаты

Для оценки показателей системы эпидемиологической безопасности нестерильных эндоскопических вмешательств, применялась методика для эндоскопических отделений/кабинетов, проводящих вмешательства на желудочно-кишечном тракте (далее ЖКТ). На основе проведенного анализа результатов по каждому блоку в отдельности и по Системе в целом суммарный интегральный показатель оценки составил 20 баллов, максимальное значение составляет 21 балл. Снижение количество баллов произошло, в связи с низким показателем баллов блока пять — отсутствием шкафов для хранения и сушки эндоскопов между сменами.

Выводы

Полученный результат, по ФКР, показал высокий уровень организации работы Отдела, направленной на предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний при проведении эндоскопических вмешательств и, соответственно, минимальный риск инфицирования пациентов.

Федеральные клинические рекомендации имеют практическую значимость по контролю за оценкой рисков возникновения инфекций, связанной с оказанием медицинской помощи и методическую — по подготовке специалистов в системе непрерывного медицинского образования.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В РОССИИ И В ДРУГИХ СТРАНАХ

Пинина Е. Ю., Пирогов С. С., Зарубина Н. Ю., Водолеев А. С., Карпова Е. С., Каприн А. Д.
МНИОИ им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ

г. Москва

В диагностике и лечении опухолевых, предопухолевых и воспалительных заболеваний органов желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей эндоскопические методы имеют огромное значение. Важно отметить, что ранние формы рака вышеописанных органов возможно выявить только с использованием эндоскопических технологий.

И роль медицинской сестры при проведении эндоскопических исследований и вмешательств сложно переоценить. В Российской Федерации медицинская сестра осуществляет подготовку пациента к исследованию или операции, ассистирует врачу во время исследования и современных вмешательствах, наблюдает за пациентами после выполнения процедуры. Обработка эндоскопов и инструментов после эндоскопического исследования и ведение медицинской документации также осуществляет эндоскопическая медицинская сестра. В лечебных учреждениях других стран медицинские сестры выполняют и другие обязанности. К ним относятся: менеджмент эндоскопической службы, выполнение седации при проведении исследований у пациентов с неотложным соматическим анамнезом, а также, в ряде государств, медицинская сестра эндоскопии самостоятельно выполняет и некоторые эндоскопические исследования.

В мире существует несколько крупных профессиональных сообществ медицинских сестер эндоскопического профиля: Европейское общество эндоскопических и гастроэнтерологических медицинских сестер (ESGENA), Американское общество гастроэнтерологических медицинских сестер и ассистентов (SGNA), Австралийский колледж гастроэнтерологических медицинских сестер (GENCA), Бельгийская ассоциация эндоскопических медицинских сестер (AIEVV), Ирландская ассоциация эндоскопических медицинских сестер (ISEN). Под эгидой этих сообществ регулярно публикуются клинические рекомендации, проводятся съезды и конгрессы.

Эндоскопия в 21 веке уже далеко ушла от фиброгастро- и фиброколоноскопии. Современные методы уточняющей эндоскопической диагностики включают широкий спектр современных технологий — это и видеоэндоскопия высокого разрешения, узкоспектральная эндоскопия, эндоскопия с оптическим увеличением, аутофлуоресцентная эндоскопия, виртуальная цифровая спектроскопия, ультрасонография, которая позволяет оценить структуру стенки органа, а также методы эндоскопии сверхвысокого разрешения — конфокальная лазерная эндомикроскопия



Пинина Е. Ю.

и эндоцитоскопия, позволяющие осматривать в процессе эндоскопического исследования слизистую оболочку с увеличением до 1000 раз и визуализировать отдельные клетки и их ядра.

Но, в настоящее время эндоскопия — это не только диагностика. Это и огромный объем внутриспросветных эндоскопических лечебных методик, позволяющих удалять ранние формы рака без полостных операций. К ним относятся эндоскопическая резекция слизистой оболочки, в том числе, с диссекцией в подслизистом слое, фотодинамическая терапия, аргоноплазменная коагуляция и лазерная деструкция. Кроме того, эндоскопические технологии имеют большое значение и в паллиативной помощи онкологическим больным. Так, при стенозирующих формах рака с использованием эндоскопии выполняются: стентирование полых органов, дыхательных путей и внепеченочных желчных протоков, баллонная дилатация, а у инкурабельных больных раком поджелудочной железы производится нейрוליлиз чревного сплетения, обеспечивающий стойкое купирование хронического болевого синдрома. Даже гастростомия, позволяющая восстановить энтеральное питание, особенно у пациентов с новообразованиями органов головы и шеи, в настоящее время, выполняется с использованием эндоскопических технологий.

Эндоскопическая медицинская сестра принимает непосредственное участие в выполнении эндоскопических исследований и вмешательств, в также осуществляет наблюдение за пациентами после завершения эндоскопической операции. Она должна знать подходы к эндоскопической диагностике и лечению различных заболеваний, распознавать и правильно интерпретировать возможные осложнения после эндоскопических вмешательств, изменения со стороны сердечно-сосудистой системы и пр.,

а также быстро и четко реагировать на все происходящее с пациентом. Безусловно, с учетом развития эндоскопических технологий и расширения спектра эндоскопических диагностических исследований и лечебных вмешательств, медицинская сестра должна понимать принципы функционирования высокотехнологичного эндоскопического оборудования.

В нашей стране медицинская сестра заполняет достаточно небольшое количество медицинских документов. В других странах на каждого пациента заполняется до 21 документа. В частности, в США, к ним относятся: сбор анамнеза, внесение результатов анализов, информированное согласие, протокол седации, фиксируются использованное оборудование и инструменты, заполняются все направления на цитологическое и гистологическое исследование, ведутся протоколы внутривенной общей анестезии препаратами короткого действия и послеоперационного наблюдения за пациентами. Это очень большой объем работы, который осуществляют минимум две медицинские сестры, принимающие участие в каждом исследовании/операции.

Обработку эндоскопического оборудования и многообразного инструментария в нашей стране осуществляет эндоскопическая медицинская сестра. В настоящее время этот процесс является многоступенчатым, включает в себя предварительную очистку внешних поверхностей эндоскопа промывку каналов, тест на герметичность и последующую дезинфекцию высокого уровня, осуществляемую с использованием автоматических моечных машин. Обработка выполняется с соблюдением всех норм эпидемиологической безопасности. Необходимо отметить, что такой подход значительно увеличивает нагрузку на медицинскую сестру и качественная обработка эндоскопов занимает не менее 30–40% её рабочего времени. В то же время, по данным Европейских авторов, по результатам анонимного опроса медицинских сестер о соблюдении санитарных норм в эндоскопии было выявлено, что в 75% случаях рекомендации полностью не соблюдаются, что обусловлено именно большой нагрузкой на медицинских сестер. В связи с этим, в ряде стран Европы, в Японии, США существуют специалисты, занимающиеся только обработкой эндоскопов и инструментария, они могут не иметь медицинского образования. Зачем нужны эти специалисты? В настоящее время существует большое количество различных эндоскопов — необходимо знать устройство каждого эндоскопа и инструмента, знать устройство и принципы работы моечных машин для того, чтобы выполнить обработку, не навредив оборудованию. Эти специалисты по обработке эндоскопов выделены, в соответствии с рекомендациями Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE) и Европейского общества эндоскопических и гастроэнтерологических медицинских сестер (ESGENA).

В последние годы всё большее количество эндоскопических исследований и подавляющее большинство внутрипросветных эндоскопических вмешательств выполняется под общей анестезией. Однако в большинстве государств

отмечается значительная нехватка врачей-анестезиологов. Поэтому, в ряде стран Евросоюза, в Великобритании, в США было предложено выполнение внутривенной общей анестезии препаратами короткого действия (Пропофол) при эндоскопических исследованиях медицинскими сестрами эндоскопических отделений. Безусловно, такие исследования выполняются только сертифицированными для этого, освобожденными от других обязанностей, медицинскими сестрами пациентам с неотяженным соматическим статусом и только в учреждениях с наличием полноценной реаниматологической службы.

Представляется интересным, что, в ряде стран, медицинские сестры эндоскопического отделения самостоятельно выполняют и эндоскопические исследования. Первые данные об этом появились в конце 70-х годов прошлого века. Сначала начали выполнять ректосигмоскопии, позже — колоноскопии.

В настоящее время во всем мире заболеваемость и смертность от колоректального рака очень высока и постоянно растет. Например, в Австралии, вследствие этого, более 100 тыс. пациентов в 2018 г. находились в очереди на проведение колоноскопии. Необходимость выполнения большого количества скрининговых исследований толстой кишки при недостатке врачей-эндоскопистов определило возможность выполнения этих исследований медицинскими сестрами эндоскопических отделений. Безусловно, эти медицинские сестры проходят обучение, получают сертификаты и стажировку — выполняют не менее 50 исследований под контролем опытного врача-эндоскописта. В частности, в Великобритании, данная практика была внедрена еще в 1996–1998 гг., и, в настоящее время, 620 медицинских сестер эндоскопического профиля выполняют скрининговые ректосигмоскопию и колоноскопию. В США американское общество гастроинтестинальной эндоскопии (ASGE) совместно с американским обществом гастроэнтерологических медицинских сестер и ассистентов (SGNA) также разрешили выполнение ректосигмоскопий сертифицированным медицинским сестрам, и, более 15% таких эндоскопических исследований выполняются именно ими.

В то же время, в нашей стране медицинские сестры эндоскопического профиля даже не имеют специализированного сертификата и трудоустраиваются по специальностям «Операционное дело» или «Процедурная медицинская сестра», напрямую не имеющих отношения к эндоскопии. Специальности «медицинская сестра эндоскопии» в РФ нет. В сравнении с этим, в США существует специальность «эндоскопическая медицинская сестра», в Австралии медицинские сестры получают сертификаты для выполнения колоноскопий, в Великобритании — сертификат для выполнения внутривенной общей анестезии препаратами короткого действия. Таким образом, в настоящее время представляется абсолютно очевидной необходимость разработки и внедрения профессионального стандарта медицинской сестры эндоскопического профиля и формирования соответствующих программ обучения.

СКРИНИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Шатковская А. Я., Маннапова М. А., Емельянова Ю. А.
ГАУЗ ТО МК МЦ «Медицинский город»

г. Тюмень

Указами президента Российской Федерации, было дано начало федеральному проекту «Борьба с онкологическими заболеваниями». По данным Минздрава Российской Федерации онкологические заболевания стали причиной смерти в 15,6%. Одна из основных задач на сегодняшнем этапе заключается в проведении скринингов, с целью раннего выявления заболеваний, в том числе тех, которые называют предопухолевыми.

В Тюменской области система скринингов злокачественных новообразований действует с 2015 года. В настоящее время используется несколько видов таких исследований.

Скрининг злокачественных новообразований органов желудочно-кишечного тракта, включающих анализ кала на «скрытую кровь» и комплексное эндоскопическое обследование (фиброгастроскопия и колоноскопия) под медикаментозным сопровождением, в рамках системы обязательного медицинского страхования. Данный вид скрининга выполняется в Тюменской области в связи с высоким удельным весом рака желудочно-кишечного тракта в структуре онкологической заболеваемости. В единстве со скрининговым исследованием кала на скрытую кровь выступает скрининговое исследование комплексным методом фиброгастродуоденоскопии и колоноскопии.

Своевременная диагностика и удаление новообразований, являются приоритетной задачей для улучшения результатов лечения онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта. По результатам современных исследований колоноскопия с последующей полипэктомией может предотвратить 76–90% всех случаев колоректального рака.

Скрининг — это обследование бессимптомных лиц, которые относятся к группе риска возникновения колоректального рака, среди населения г. Тюмени и Тюменского района. Кроме ранней диагностики, к задачам скрининга относится также и выявление аденом толстой кишки. Скрининг злокачественных новообразований

желудочно-кишечного тракта — многоступенчатое мероприятие, требующее создания и соблюдения алгоритмов в работе медперсонала, принимающего участие в проведении исследований и определенных усилий от пациентов, а именно: соблюдение рекомендованной диеты перед приемом препаратов Фортранс или Мовипреп, а также применение внутривенной анестезии во время исследования.

Для успешного выполнения программы скрининга, должна произойти последовательность событий:

1. Встреча пациента с осведомленным врачом общей практики и получение от него рекомендаций о необходимости проведения скрининга.
2. Получение согласия пациента на обследование
3. Определение группы риска
4. Проведение обследования
5. Лечение
6. Последующее наблюдение

Если хотя бы одно из этих событий выпадет или будет выполнено на недостаточно квалифицированном уровне, скрининг злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта окажется неудачным.

Полученные результаты скрининга злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта позволяют сделать вывод об эффективности реализуемой программы Департамента здравоохранения Тюменской области, на базе ГАУЗ ТО МКМЦ «Медицинский Город». За 2019 год проведено 6712 исследований, выявлено 123 случая злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта и 839 случаев предопухолевых заболеваний. Следовательно, основным этапом скрининга для пациентов группы риска и возрастной категории 50–65 лет, является наличие анализа кала на «скрытую кровь», а при его положительном результате — выполнение видеокколоноскопии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ РУЧНОГО ПОСОБИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОЛОНОСКОПИИ

Яровая Г. А., Яблоков И. Н., Буга М. В.
ОГБУЗ «Костромской онкологический диспансер»

📍 г. Кострома



■ Яровая Г. А.



■ Яблоков И. Н.



■ Буга М. В.

Введение

Для правильного приложения своих усилий, медсестре ассистирующей врачу во время выполнения колоноскопии, очень важно понимать основные принципы выполнения этой процедуры, трудности, возникающие при прохождении различных отделов в зависимости от анатомических особенностей этих участков. Далеко не все медицинские сестры ставили перед собой задачу вспомнить анатомию толстой кишки, особенности строения разных отделов, подвижность, варианты развития углов, изгибов, поворотов, участков провисания кишки. Многие полагаются при работе на интуицию, возможно, накопленный опыт и подсказки врача.

Мы считаем обязательным для медсестры оказывающей пособие при выполнении колоноскопии знание анатомии толстой кишки и представление формирования патологических петель и изгибов, которые может формировать аппарат в просвете кишки во время ее прохождения. С появлением видеоэндоскопов ассистенция становится более эффективной, так как медсестра имеет возможность наблюдать за ходом процедуры и трудностями во время ее выполнения, оценивать, насколько эффективны, ее усилия и оказывать врачу более квалифицированную помощь.

За время развития метода колоноскопии постоянно совершенствовалась методика быстрого, безболезненного, безопасного способа введения колоноскопа. Российскими экспертами были сформулированы основные правила выполнения колоноскопии, предложен термин «продуманная» колоноскопия. К ним относятся: при проведении колоноскопии стараемся максимально подтянуть, присборить и распрямить кишку. При этом важно

помнить о необходимости сохранения оси толстой кишки. Необходимо избегать чрезмерной инсuffляции воздуха, при этом достаточно часто аспирировать воздух из просвета толстой кишки.

Важные ориентиры, к которым надо стремиться при проведении колоноскопии: Вращения оси колоноскопа: Сигмовидная кишка — вращение колоноскопа по часовой стрелке. Затем вернуть ось обратно и выпрямить эндоскоп. Селезеночный изгиб — вращение колоноскопа против часовой стрелки. Поперечная ободочная кишка и печеночный изгиб — вращение колоноскопа против часовой стрелки.

Контроль оптимального уровня введения колоноскопа:

Сигмовидная кишка должна быть собрана на 30 см.

Селезеночный изгиб — 50 см.

Купол слепой кишки на 70 см.

Выбор положения пациента и позиции персонала во время проведения колоноскопии.

Цель

Изучить эффективность предложенных методик сестринского ручного пособия при выполнении колоноскопии, провести сравнительный анализ и определить оптимальную тактику ее выполнения.

Материалы и методы

Во время подготовки доклада нами был проанализирован опыт классических методов ассистенции при колоноскопии, а также различных вариантов помощи при преодолении трудных участков. В сигме это использование валика, при провисании поперечной кишки положение Тренделенбурга с опущенным головным концом, глубоко-

кий вдох с задержкой дыхания при преодолении правого и левого изгибов.

Мы рассматривали дополнительные возможности аппаратуры, это регулируемая жесткость аппаратов, разработанная компанией Олимпас система визуализации трехмерного пространственного прохождения эндоскопа внутри кишки Score Guide, эндоскопы с вращающимся на конце аппарата спиралевидным наконечником. Это оборудование достаточно дорогостоящее, и не все медицинские организации могут себе позволить его приобрести, поэтому способы методик ручного пособия, затрагиваемых в нашем докладе, сохраняет свою актуальность.

Подготавливая эту презентацию и проводя анализ мировой научной литературы, мы нашли сообщение в ведущем американском издании «Сестринское дело в гастроэнтерологии» («Gastroenterology Nursing»). В нем рассказывалось о методиках ручного пособия при выполнении колоноскопии, с акцентом на безопасность, как для пациентов, к которым они применяются так и, что очень важно, обсуждались вопросы возможности получения травм суставов сотрудниками при выполнении ручного пособия. Нигде раньше мы не сталкивались с обсуждением того, настолько реально тяжело бывает выполнение ручного пособия во время колоноскопии. Это особенно касается случаев надавливания на брюшную стенку тучным пациентам, больным, напрягающим пресс при боли во время исследования. В статье делался акцент, в том числе и на правильном приложении направления усилия к телу пациента, чтобы добиться наименьшего сопротивления при надавливании.

Вот основные принципы, приведенные в этой статье.

Сценарий 1: single forearm техника (Рис. 1)

Пациент находится на левом боку. Медсестра помещает левую руку ладонью вниз, пальцы расширены, или в позиции кулака под пациента в области сигмы с упором на кушетку сразу над тазовой костью. Ассистент оказывает давление тыльной стороной предплечья на живот пациента. Правая рука может быть использована для потягивания одежды пациента в области правого плеча в направлении своего предплечья. Выполняя это, давление будет оказано на сигму к средней линии живота. При выполнении этого пособия, дополнительную помощь оказывает вес пациента при давлении на предплечье ассистента. Предплечье действует в этом случае, как опора.

Сценарий 2: two-forearm техника с встречным давлением (Рис. 2)

Пациент все еще на левом боку. Этот сценарий используется, когда возникает необходимость большего давления на более широкую область. В этом случае возникает необходимость ассистенту использовать оба предплечья для оказания надавливания. Левая рука, находится в положении, как в предыдущем случае, ассистент помещает правую руку под пациента. При этом так же пальцы расширены, или в кулаке сразу под селезеночным изгибом и ниже диафрагмы. Для эффективного использования этой техники необходимо присутствие второго ассистента. Он выполняет встречное давление, толкая на правое плечо и правое бедро пациента, осу-

ществляя давление в направлении к предплечьям первого ассистента. При этом способе необходимо быть особенно аккуратным, избегая давления на позвоночник пациента. Используя эту технику, давление будет направлено на сигмовидную кишку, селезеночный угол и поперечно-ободочную кишку.

Результаты

Мы провели в течение 3 месяцев апробацию предложенной методики на 100 пациентах, в случае возникающих трудностей проведения аппарата. На основании полученного нами опыта применения предложенных сценариев, можно сделать вывод о существенном облегчении физических усилий, связанных с выполнением медицинскими сестрами ручного пособия. Желаемый эффект наступал в преимущественном количестве случаев более быстро. Нельзя исключать субъективный фактор при оценке эффекта предложенных методик. Мы не ставили перед собой задачу доказать кардинальное преимущество этого метода, а предоставить вам информацию с возможностью попробовать применить это в своей дальнейшей работе и самим ре-



Рис. 1



Рис. 1

шить какой из способов будет для вас более или менее предпочтительным.

Заключение

Несколько ключевых факторов являются крайне важными, про которые не следует забывать во время применения ручного пособия при проведении колоноскопии: 1) ассистент должен быть всегда осторожен в количестве

давления, которое он делает, так чтобы не навредить себе или пациенту; 2) open hand техника оставляет ассистента уязвимым к возможной травме запястья; 3) правильное положение усилия и позиция ассистента должны быть использованы для достижения минимального дискомфорта пациента; 4) использование предложенной техники позволяет ассистенту обеспечить эффективное и безопасное надавливание, таким образом, снижая риск травмы.

Литература

1. Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки, 2006 года под редакцией В. М. Сотникова.
2. Руководство по клинической эндоскопии. Под редакцией академика АМН СССР В.С Савельева, профессора В.М. Буянова, профессора Г.И. Лукомского
3. Принципы организации и критерии качества колоноскопии, выполняемой с целью скрининга колоректального рака. С. В. Кашин, Д. В. Завьялов, Е. А. Рассадина С. В. Кашин, Д. В. Завьялов, Е. А. Рассадина В. В. Веселов, Е. Д. Федоров, Х. Б. Самедов, Тьерри Поншон (Франция), Хироши Кашида (Япония), Лука Бандеттини (Италия), Катерина Фоппа (Италия).
4. James A. Prechel, Ray Huck «Safe and effective abdominal pressure during colonoscopy», *Gastrointestinal Nursing journal*, vol.31 № 1, 2009
5. H. Kashida «Техника выполнения колоноскопии» Showa University Northern Yokohama Hospital, Digestive Center, Yokohama, Japan

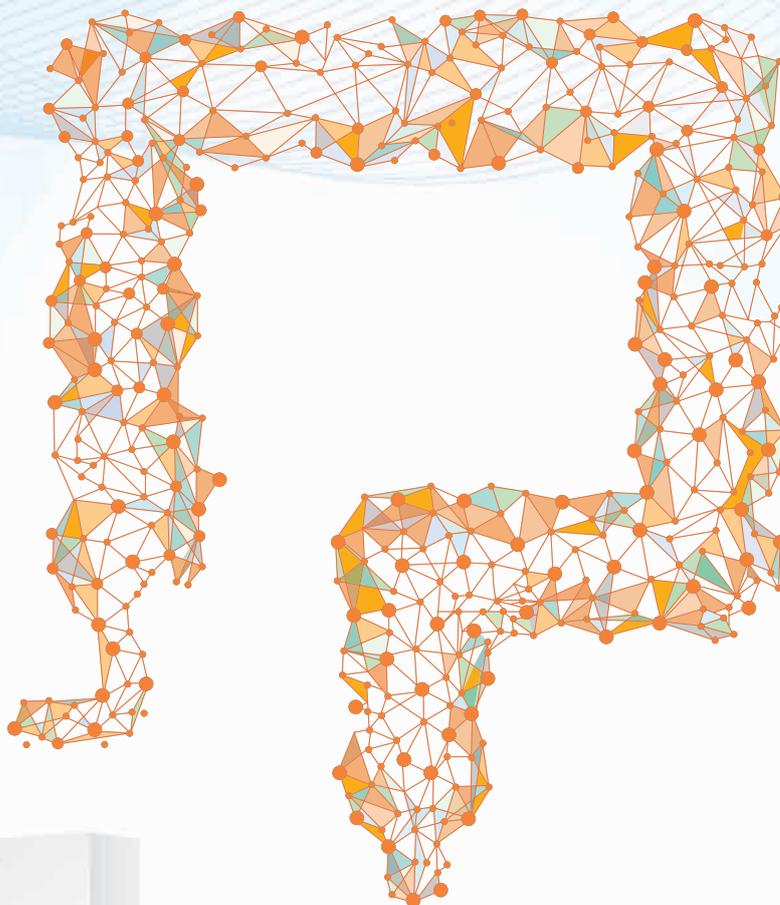


ПИКОПРЕП®

пикосульфат натрия + цитрат магния

КОМФОРТ И ЛЕГКОСТЬ

В ЭФФЕКТИВНОЙ ОЧИСТКЕ КИШЕЧНИКА¹



- **МОЩНЫЙ ПРОМЫВАЮЩИЙ ЭФФЕКТ ЗА СЧЕТ ДВОЙНОГО ДЕЙСТВИЯ**
- **ВСЕГО 300 МЛ РАСТВОРА ПРЕПАРАТА И 2 ЛИТРА ВОДЫ ИЛИ ПРОЗРАЧНОГО НАПИТКА**
- **УДОБНАЯ СХЕМА ПРИЕМА**

ООО «Ферринг Фармасетикалз»
115054, Москва, Космодамианская наб., д. 52, стр. 4, БЦ «Риверсайд Тауэрс»
Тел.: +7 495 287-03-43, факс: +7 495 287-03-42
E-mail: info@ferring.ru, www.ferring.ru

¹ Katz P. O. et al. Am J Gastroenterol. 2013;109(3):401-409.



**КЛИНИЧЕСКАЯ
ЭНДОСКОПИЯ**
научно-практический журнал

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ
КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ
НОВЫЕ МЕТОДИКИ И ТЕХНОЛОГИИ
РЕФЕРАТИВНЫЕ СООБЩЕНИЯ
МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ
ОБЗОРЫ

Адрес редакции 194291 Санкт-Петербург пр. Луначарского 45
endoscopy@mail.ru

«КЛИНИЧЕСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ» — журнал о современных достижениях, возможностях и перспективах развития диагностической, лечебной и оперативной эндоскопии и ее непосредственной роли в отражении многообразия клинических проявлений заболеваний.

«КЛИНИЧЕСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ» — помощь клиницистам различных специальностей, использующим эндоскопические методы диагностики и лечения, врачам эндоскопических отделений и кабинетов, стремящимся профессионально идти в ногу со временем.

«КЛИНИЧЕСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ» — реальная возможность публикации своих научных исследований и практических наблюдений.

«КЛИНИЧЕСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ» публикует оригинальные статьи, обзоры, случаи из практики, сообщения о новых достижениях эндоскопии и малоинвазивной хирургии, информационные материалы, рефераты, сообщения о съездах и конференциях, технических достижениях и разработках эндоскопической аппаратуры.

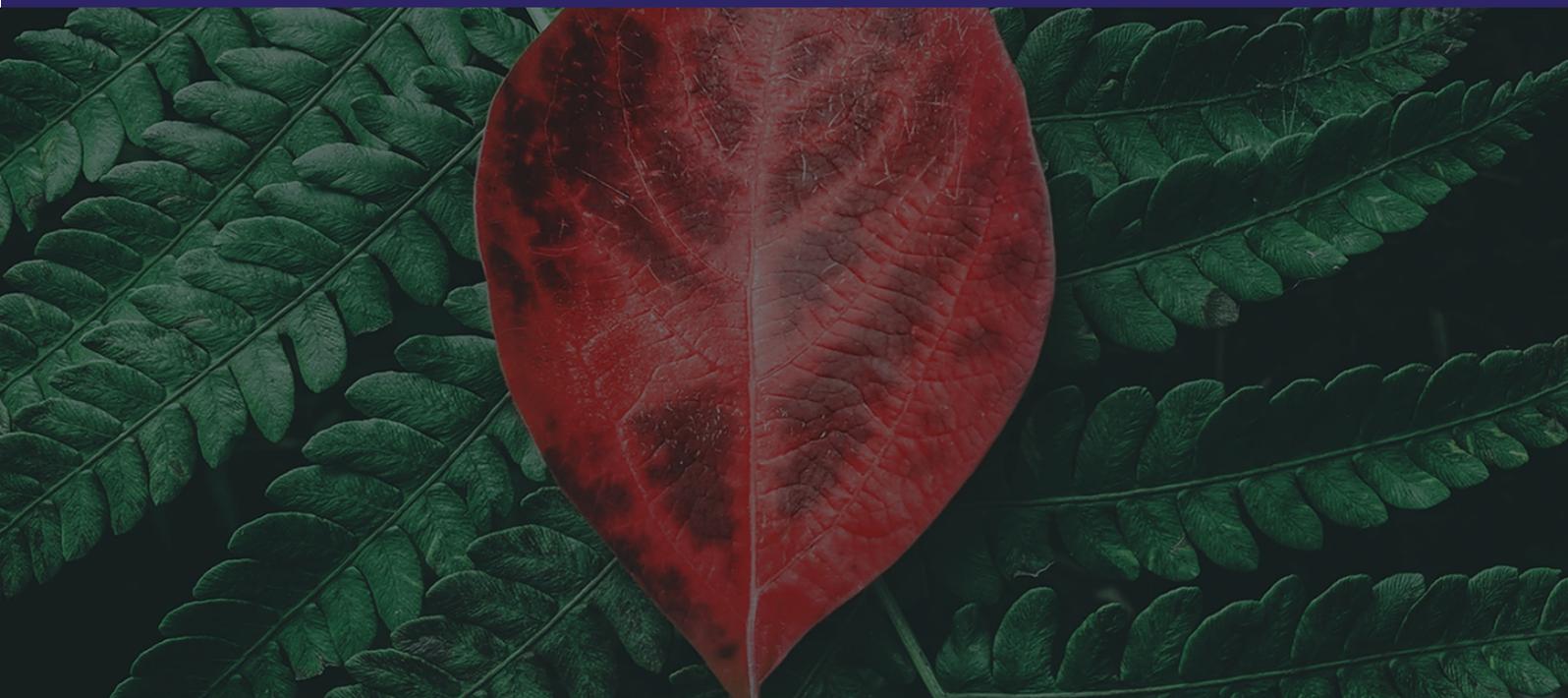
Периодичность: четыре информационных выпуска в год
Языки: русский, английский
Распространение: РФ и страны СНГ

Адрес редакции: 192212, Санкт-Петербург, а/я 60
Телефон/телефакс: +7 (812) 559-96-26
Телефон: +7 (812) 592-30-71
E-mail: endoscopy@mail.ru



актуальные вопросы
Эндоскопии
Санкт-Петербург

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ



#эндоскопия ❤️



Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет

Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет основан в 1925 году.

В Санкт-Петербургском Государственном Педиатрическом Медицинском Университете эндоскопия развивается с 1970 года:

- на кафедре детской хирургии под руководством академика Г. А. Баирова;
- на кафедре факультетской хирургии под руководством проф. А. А. Русанова.

В настоящее время в клиниках Университета имеется 2 эндоскопических отделения:

- детское эндоскопическое отделение (на базе клинической больницы Университета);
- взрослое эндоскопическое отделение (на базе Городской Мариинской больницы).

В этих отделениях выполняются все виды современной лечебной и диагностической эндоскопии.

Ректор СПбГПМУ — профессор Иванов Дмитрий Олегович

Адрес: 194100, Россия, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2
Электронная почта: spb@grma.ru
Сайт: www.grma.ru

ПРИМЕНЕНИЕ 3D ВО ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ ЭНДОСКОПИИ

Prof. Zhou Pinghong MD
Центр эндоскопии больницы Чжуншань, г. Шанхай

г. Шанхай, Китай

Новейшая технология 3D эндоскопии Scivita Medical позволит значительно расширить возможности визуализации как в диагностике, так и в терапии. Существует много исследований и публикаций о полезности применения 3D в жёсткой эндоскопии, и только несколько в гибкой. Данная технология открывает новую эру в хирургии и диагностике в гибкой эндоскопии, так как использует в своей основе новый запатентованный алгоритм, разработанный японскими инженерами, и имеет возможность работы практически с любым имеющимся на рынке видеоэндоскопом (с гибким и с жестким).

Суть технологии заключается в получении 2D видеосигнала от видеоэндоскопической системы, обработке сигнала и вывода его в 3D на 3D монитор в реальном времени без какой-либо задержки. По нашему мнению, изображение становится также более чётким и с улучшенным качеством в дополнение к эффекту 3D. Также нами отмечено, что при работе в 3D очках не было чувства усталости глаз и головной боли, как это часто бывает при использовании 3D эндоскопов с двойной оптикой в жёсткой эндоскопии.

Выводы

3D изображение улучшает точность диагностики и безопасность при терапевтических манипуляциях, помогает избежать и предотвратить кровотечения.



■ Zhou Pinghong

Для рутинных вмешательств 3D технология может упростить проведение операций, уменьшить их время, и предотвратить возможные осложнения.

Улучшает качество и чёткость изображения.

3D помогает более быстрому и лёгкому обучению начинающих эндоскопистов, так как лучше видна анатомия и слои.



Рис. 1. Применение 3D при РОЕМ



Рис. 2. Применение 3D при ESD

ДЕЗИНФЕКТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Абрамова И. М.¹, к. б.н., Позен Д. Д.², Попова Т. А.²

¹ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

² ООО «Бандек — Медицинские Системы»

 г. Москва

В последние несколько десятилетий появилось множество химических средств и моделей оборудования, предназначенных для использования при выполнении дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в различных подразделениях медицинских организаций. Правила осуществления этих мероприятий, направленных на профилактику инфекционных заболеваний, передаваемых искусственным путем, отражены в действующих документах нормативного и методического характера.

Эндоскопическое направление в здравоохранении имеет свою специфику, в том числе в силу применения сложного и дорогостоящего эндоскопического оборудования, требующего специальных подходов к его очистке, дезинфекции, стерилизации и хранению при подготовке к медицинским вмешательствам. В связи с этим, несмотря на явные подвижки в данной области, остается немало вопросов по поводу выбора технологий и средств для адекватной обработки эндоскопов, прежде всего гибких, и инструментов к ним, предохранения их от вторичной контаминации микроорганизмами после обработки.

Особенности конструкции эндоскопов, во многих случаях имеющих протяженные рабочие каналы, а также наличие в данных изделиях разнородных, в том числе термолabileльных материалов, определяют необходимость разработки эффективных средств и методов, которые не приводили бы к преждевременному выходу этих изделий из строя в процессе эксплуатации.

В настоящее время в России зарегистрированы для применения в медицинской практике многочисленные многокомпонентные дезинфицирующие средства отечественного и зарубежного производства, обеспечивающие необходимую эффективность и проявляющие щадящее действие на различные материалы. Тем не менее выбор средств именно для дезинфекции эндоскопов представляет определенные трудности, поскольку установлено, что некоторые компоненты (зачастую, как раз действующие вещества этих средств), способны приводить к нежелательному эффекту — фиксации органических загрязнений. Наиболее сильное воздействие оказывают средства с высоким содержанием альдегидов и спиртов. Невозможность удаления зафиксированных загрязнений, особенно из каналов изделий, может в дальнейшем снизить эффективность финальных стадий обработки эндоскопов — дезинфекции высокого уровня или стерилизации. С учетом этого, допустимо использовать только те средства, которые

не проявляют фиксирующих свойств в разработанных режимах применения.

Отмечаются случаи применения средств, не обладающих спороцидными свойствами, для дезинфекции высокого уровня эндоскопов, а также для стерилизации эндоскопов и инструментов к ним. Причинами этого являются:

- отсутствие необходимых знаний у персонала;
- нарушение персоналом регламентированных режимов обработки;
- наличие в России зарегистрированных средств указанного назначения, вообще не содержащих в своем составе спороцидных компонентов, или содержащих их, но в недостаточном количестве, или средств, рекомендованных к применению в необоснованных режимах.

Последняя причина является результатом некачественной оценки средств в процессе лабораторных исследований и, в итоге — причиной внедрения в практику неэффективных средств или режимов их применения.

Принимая во внимание результаты научных исследований последних лет, для обеспечения эффективной дезинфекции важным принципом выбора средств является также периодическая ротация дезинфицирующих средств (замена их средствами того же назначения, но на основе других групп действующих веществ) с учетом мониторинга устойчивости выделяемых с эндоскопов штаммов микроорганизмов.

Для эндоскопов наиболее предпочтителен механизированный способ обработки. Используемые для данной цели моюще-дезинфицирующие машины должны быть зарегистрированы в России и применяться согласно Инструкции по эксплуатации на русском языке, утвержденной производителем. Важным требованием к эксплуатационным документам является наличие информации о назначении оборудования конкретной модели, принципе его действия, сведения о рекомендуемых средствах обработки в нем, правилах размещения эндоскопа в рабочей камере, программах (режимах) обработки.

На эффективность предстерилизационной (окончательной) очистки, дезинфекции и стерилизации эндоскопов и инструментов к ним, дезинфекции высокого уровня эндоскопов влияет качество растворов в случаях их многократного применения. Поэтому чрезвычайно важно соблюдать положения методических указаний по применению конкретного средства с учетом основополагающих требований санитарно-эпидемиологических правил

по вопросу кратности применения рабочих растворов средств и готовых к применению средств.

Даже при правильно и своевременно осуществленных процессах обработки эндоскопов и инструментов к ним существует опасность передачи возбудителей инфекционных заболеваний пациентам при недостатках в условиях хранения и транспортирования уже обработанных изделий в медицинских организациях.

При подготовке эндоскопов к так называемым «стерильным» эндоскопическим вмешательствам и всегда при подготовке к работе инструментов к эндоскопам приоритетными являются методы, позволяющие стерилизовать изделия в упакованном виде. Стерилизационные упаковочные материалы, а, при необходимости, и дополнительные защитные материалы помогают предотвратить вторичное обсеменение простерилизованных изделий микроорганизмами из окружающей среды.

В отличие от подобного способа защиты, в отношении эндоскопов, простерилизованных или подвергнутых дезинфекции высокого уровня растворами химических средств, необходимы другие подходы для предохранения от вторичной контаминации микрофлорой после завершения обработки. Важное значение при этом имеет правильное выполнение стадии удаления остатков ополаскивающей воды, а также стадии хранения до использования по назначению в асептических условиях. В недостаточно просушенных эндоскопах, преимущественно в их функциональных каналах, велик риск развития таких микроорганизмов, как синегнойная палочка, ацинетобактер и др., которые активно размножаются во влажной среде. Распространенный способ просушки спиртом нельзя отнести к идеальному, вследствие недостаточного спектра антимикробной активности спирта, в котором длительное время способны выживать устойчивые микроорганизмы, что в результате может приводить к вторичной контаминации ими эндоскопов.

Перспективным направлением оказалась разработка и оснащение эндоскопических отделений специальным оборудованием — шкафами для хранения эндоскопов. В настоящее время можно встретить модели таких шкафов отечественных и иностранных производителей.

Многие шкафы предназначены исключительно для обеспечения асептических условий хранения, в то же время в других шкафах предусмотрено сочетание функций сушки и хранения эндоскопов. Разные модели рассчитаны на разное число эндоскопов. Некоторые модели позволяют получить распечатку информации о сроках и условиях хранения конкретных экземпляров эндоскопов. Создание безмикробной среды внутри шкафа и в каналах эндоскопов происходит за счет фильтрованного воздуха. Ряд производителей использует ультрафиолетовое излучение, встраивая в шкаф бактерицидные лампы. Во избежание повреждения покрытия гибких эндоскопов особое значение имеет такое размещение ламп, при котором открытый ультрафиолет не попадал бы непосредственно на эндоскопы.

За рубежом существуют стандартизованные требования к подобному оборудованию — европейский стандарт на «Шкаф с контролируемой средой для хранения обработанных термолabileных эндоскопов». При этом оговаривается необходимость анализа рисков при эксплуатации шкафа, в частности, относительно возможности загрязнения между одновременно помещенными на хранение эндоскопами. Изделия, размещенные вертикально, не должны касаться дна шкафа. Требования к данному оборудованию в нашей стране пока не унифицированы, стандарт отсутствует и поэтому модели разных производителей могут значительно отличаться характеристиками. Внедрение в работу медицинских организаций качественных современных шкафов для хранения эндоскопов требует квалифицированной экспертной оценки, позволяющей разработать научно обоснованные рекомендации по их эксплуатации.

Грамотные подходы к обработке и хранению эндоскопов, способны существенно влиять на риск инфицирования пациентов, которым оказывается медицинская помощь с применением эндоскопических методов. Важно, чтобы повышение квалификации по направлению, касающемуся дезинфектологических аспектов профилактики инфекций в эндоскопии, проводили специалисты организаций и кафедр, имеющих право преподавать именно данные вопросы.

ОСОБЕННОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ УТОЧНЯЮЩЕГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ

ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕБОЛЬШИХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Баев В. Е., Комаров Д. В., Белебезьева Г. А.
БУЗ ВО «ВОКОД»

г. Воронеж

Актуальность

Одной из главных задач онкологии, как известно, является раннее выявление злокачественных новообразований и предраковой патологии, дающее как лучшую выживаемость, так возможность выполнения малоинвазивных вариантов лечения. Однако, выявление небольших опухолей ставит перед врачами ряд новых проблем, прежде всего обоснование адекватного объема хирургического вмешательства и определение локализации новообразования, особенно при лапароскопических операциях. Наиболее часто в таких случаях применяются видеоархивирование, эндоскопические татуировка и клипирование, внутрисветное эндоскопическое ассистирование при лапароскопическом доступе. Вместе с тем, архивирование и татуировка применяются далеко не во всех лечебно-профилактических учреждениях, а последний метод еще и достаточно сложен. Видеозапись ЭГДС и колоноскопии не дает непосредственных указаний на локализацию опухоли со стороны серозы. Клипса фиксируется определенное время, может сместиться и иногда трудно определяется даже пальпаторно. Внутрисветное эндоскопическое ассистирование при лапароскопическом доступе нежелательно с санитарных позиций и трудоемко, хотя позволяет решать и некоторые другие задачи — контроль гемостаза, герметичности, наличие артефактов и т. д. Все вышеупомянутое позволяет предположить актуальность совершенствования методов малоинвазивного оперативного лечения пациентов с небольшими опухолями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Цель исследования — улучшить результаты лапароскопического лечения больных с небольшими новообразованиями желудка и толстой кишки.

Задачи исследования

Для достижения вышеуказанной цели были поставлены следующие задачи:

1. Проанализировать особенности этапного эндоскопического внутрисветного обследования пациентов с небольшими опухолями ЖКТ.
2. Изучить возможное влияние результатов предоперационного этапного эндоскопического исследования на выбор тактики лечения.
3. Оптимизировать показания к внутрисветному эндоскопическому ассистированию при лапароскопиче-

ском доступе у больных с новообразованиями желудка и толстой кишки.

Объекты и методы исследования

Было решено изучить результаты этапного эндоскопического внутрисветного обследования больных с небольшими опухолями ЖКТ в условиях стационара диагностического отделения БУЗ ВО «ВОКОД» за 2017–2019 годы. Больные были направлены в отделение для хирургического лечения, вариант лапароскопического вмешательства предварительно рассматривался как наиболее вероятный. Морфологическое подтверждение диагноза, а также необходимое лабораторное и аппаратно-инструментальное дообследование у всех пациентов были получены ранее на амбулаторном этапе.

Назначение дополнительного эндоскопического внутрисветного осмотра в большинстве случаев мотивировалось выполнением предыдущего эндоскопического обследования в другом лечебно-профилактическом учреждении без фото- или видеофиксации. Кроме того, несколько больных по различным причинам (сложность дообследования, боязнь операции, семейные обстоятельства) явились на лечение через промежуток времени, достаточный для изменения характера заболевания.

ЭГДС или колоноскопия производились видеоаппаратом в день планируемой операции при участии хирурга. Эндоскопист, выполняющий осмотр, также входил бы в состав операционной бригады при возникновении показаний к внутрисветному ассистированию.

Специального отбора пациентов по каким-либо дополнительным критериям не производилось.

Результаты исследования

Больных оказалось 31, из них женщин было больше — 22 (71%).

Возраст колебался от 42 до 76 лет, средний — 59, 9 + 2,1 лет.

У 23 пациентов (74%) была опухоль толстой кишки, у 8 (26%) — желудка.

У 2 больных (6%) при колоноскопии были выявлены значимые для операции данные, которые ни при каких обстоятельствах нельзя было получить заранее. У 1 пациентки (3%) была обнаружена подготовка, недостаточная для полостной операции на толстой кишке. Вмешательство было отложено до выполнения соответствующих манипуляций.

У другого больного был выявлен маленький плотный копролит нисходящей ободочной кишки, способный имитировать опухолевое образование.

У 2 больных (6%) с опухолями сигмовидной кишки вместо полиповидных образований были обнаружены опухолевые бляшки, было принято решение об изменении предполагаемых типа и объема оперативного вмешательства.

У 1 больной (3%) с опухолью желудка оказалось возможным внутрипросветное эндоскопическое удаление без хирургического вмешательства.

У 1 больного (3%) с морфологически подтвержденной нейроэндокринной опухолью желудка малых размеров при ЭГДС не было выявлено каких-либо новообразований. Предположение о тотальной биопсии при предыдущей ЭГДС в дальнейшем было подтверждено двухлетним периодом наблюдения.

У 2 больных (6%) с новообразованиями желудка при ЭГДС хирургом были выявлены топографические ориентиры, достаточные для выполнения лапароскопического вмешательства без внутрипросветного эндоскопического ассистирования.

Само внутрипросветное эндоскопическое ассистирование в абсолютном большинстве случаев не вызвало каких-либо затруднений и было выполнено в минимально возможные сроки, чему безусловно способствовало

уточнение характеристик образования непосредственно перед операцией.

Выполнение ЭГДС или колоноскопии перед планируемым лапароскопическим вмешательством у больных с небольшими опухолями ЖКТ оказалось настолько эффективным, что с 2019 г. было принято решение выполнять его у всех больных независимо ни от срока, ни от места выполнения предыдущего эндоскопического осмотра.

Выводы и рекомендации

1. При обосновании тактики ведения пациентов с небольшими опухолями ЖКТ следует учесть быстро меняющуюся клинко-эндоскопическую картину заболевания, особенно под влиянием внешних факторов, прежде всего биопсии и медикаментозного лечения.

2. Оказание помощи больным с небольшими опухолями ЖКТ — сложный процесс, требующий привлечения всех возможно доступных методов обследования и лечения, взаимодействия врачей различных специальностей.

3. Эндоскопическое внутрипросветное обследование больных перед лапароскопическим лечением небольших опухолей ЖКТ — простой и доступный метод, не требующий специальной аппаратуры, позволяющий улучшить результаты лечения этой категории больных, при необходимости может с успехом применяться и перед операциями с лапаротомным доступом.

ПРОФЕССИОНАЛИЗМ И ОПЫТ ВРАЧА-ЭНДОСКОПИСТА – ЗАЛОГ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ В ЭНДОСКОПИИ

Боронов С. Н., Хакимов С. К., Саидов И. Н., Махмадқаримов Ш., Махмадов Б. Р., Школенко О. Л.
НДЛУЦ

г. Душанбе



■ Боронов С. Н.



■ Хакимов С. К.



■ Саидов И. Н.



■ Махмадқаримов Ш.



■ Махмадов Б. Р.



■ Школенко О. Л.

С момента создания первых эндоскопических приборов основной целью являлась установка диагноза и уточнение локализации патологического процесса, путём внедрения аппарата в полости органов, также немаловажную роль играл фактор безболезненного и комфортного проведения процедур. В эпоху жестких и ригидных эндоскопов нежелательные явления и осложнения встречались чаще, а с внедрением гибких эндоскопов их количество доведено до очень низких показателей. Об этом свидетельствуют данные отечественных и зарубежных авторов.

Цель исследования

Дать оценку и определить частоту нежелательных явлений, осложнений и побочных эффектов во время проведения эндоскопических процедур в условиях Национального лечебно-диагностического и учебного центра (НДЛУЦ) МЗ и СЗН Республики Таджикистан.

Задачи исследования

1). Определение частоты нежелательных явлений, осложнений и побочных эффектов во время проведения эндоскопических процедур.

2). Указать роль профессионализма и опыта врача эндоскописта для предотвращения нежелательных явлений в эндоскопии.

Материалы и методы

Отдел эндоскопических исследований Национального диагностического, лечебного и учебного центра Республики Таджикистан функционирует в течение более 29 лет и занимается в основном диагностическими процедурами. За период с 1991 по 2019 гг. проведены 169682 эндоскопических исследований, из которых эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) было 144984 (85,4%), ректо-сигмо-колоноскопии (РСК) 11489 (6,8%) и брон-

хоскопии (ФБС) 13209 (7,8%). С 2012 года в отделе проводятся видеэндоскопические процедуры, и за период с 2012 по 2019гг. проведены 14598 (8,6%) видео ЭГДС, 2789 (1,6%) видео РСК и 1119 (0,7%) видео ФБС, что составляет 18497 (10,9%) процедур. Следует особо отметить тот факт, что процедуры в основном носили диагностический характер, лечебных и оперативных вмешательств было очень мало (обкалывание краев язв, лавами и санации бронхов, остановка кровотечений, удаление полипов и инородных тел, дробление bezoаров и др.), поэтому грубых осложнений (профузное кровотечение, перфорации, шок, летальный исход и др.) во время и после процедур не было. Из нежелательных явлений: кровотечения от контакта с эндоскопом, с края язвы или опухоли, после биопсии и из варикозно расширенных вен наблюдались в 171 (0,1%) случаях; бронхоспазм в 29 (0,2%); обморок 321 (0,2%) и сильные болевые ощущения во время или после процедуры, особенно при ФКС, 2277 (1,3%) случаях, что свидетельствуют об очень низких показателях встречаемости нежелательных явлений и осложнений. Необходимости в проведении интенсивных и реанимационных мероприятий не было, и в основном врачи и медсестры отдела обходились сами.

Выводы

Наш опыт показывает, что чаще всего встречаются сильные болевые ощущения во время или после процедуры, что характерно при ФКС, а другие нежелательные явления встречались очень редко. Нежелательные явления в эндоскопии могут возникнуть при любых эндоскопических вмешательствах, но их можно предотвратить, что зависит от состояния больного, его подготовки и проведения процедуры, опыта и профессионализма врача эндоскописта. При рациональном, профессиональном и правильном обращении с эндоскопическими приборами риск возникновения нежелательных явлений, осложнений и побочных эффектов можно свести к минимуму.

ВОПРОСЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БЫСТРЫХ УРЕАЗНЫХ ТЕСТОВ ДЛЯ ИДЕНТИФИКАЦИИ *H. PYLORI*

Бушуева Е. А., Плисс М. М.
СПб ГБУЗ Клиническая больница Святителя Луки
Feduashev.O Tech — Fab OY

г. Санкт-Петербург

Актуальность проблемы

Среди дополнительных элементов эндоскопического обследования эзофагогастродуоденальной зоны на данный момент фигурирует исследование биоптатов на *Helicobacter pylori*. Восприятие роли этой бактерии в патогенезе заболеваний эзофагогастродуоденальной зоны от ключевой (в момент присуждения Нобелевской премии Б. Маршаллу) постепенно трансформируется некоторыми трезвыми исследователями до не играющей никакой роли в патологии этой зоны и не признанием существования *Helicobacter pylori* в организме человека как элемента инфекционного процесса.

Одним из общепринятых методов идентификации данной бактерии является использование уреазных тестов. Данная группа тестов базируется на способности *Helicobacter pylori* продуцировать уреазу, расщепляющую физиологическую мочевины организма человека на аммиак и углекислый газ (образующие угольную кислоту и нашатырный спирт), для использования энергетического ресурса данного соединения. бактерией и создания для себя комфортной среды. Исследуемый биоптат помещают на тест (или в жидкую среду), содержащий субстрат (мочевину) и регистрируют цветовое изменение индикатора, появляющееся в случае положительности теста. Это повышение pH происходит под действием гидроксил ионов, возникающих при появлении продуктов распада мочевины — молекул аммиака, вступающих в реакцию с молекулами воды.

Использование таких методов диагностики исходит из сомнительной гипотезы о уникальности уреазы *H. pylori*, как фермента в анализируемом образце, а их совершенствование лежит в плоскости оптимизации результата за счет повышения чувствительности и пространственного разобщения зоны субстрата и индикаторной зоны воздушным промежутком или мембраной. При этом абсолютно игнорируется факт наличия в бактериальных биопленках микробиоты других уреазопродуцирующих микроорганизмов.

Задачи

Нами поставлена цель проанализировать микробиологический состав биоптатов, используемых для анализа при быстрых уреазных пробах, сопоставить определенную различными быстрыми уреазными тестами специфическую активность и попытаться найти более

мотивированные подходы к интерпретации полученных данных.

Материалы и методы

Нами были обследованы 180 биоптатов в трех группах — больные с обострением язвенной болезни и с явлениями гастрита, больные после эрадикации и здоровые добровольцы.

Использовались быстрые уреазные тесты Ама Рут (ООО АМА, Россия) Пронто Драй (MIC Medical Instruments Corporation GmbH, Германия, Геликобактер тест диски рут (Tech — Fab OY разработка по заказу НИИТиМ, Финляндия).

Проводилась проба биоптата быстрым уреазным тестом, определялась pH биоптатов. Выделение, идентификация и оценка ферментативной активности микроорганизмов проводилось по общепринятым методикам.

Результаты

Для анализа использовались биоптаты как с положительной, так и отрицательной уреазной реакцией. В первой группе биоптаты с негативной реакцией составляли всего 0.5% от их общего количества. Во второй 65%, в третьей — 20%.

Установлено, что из биоптатов СОЖ. фундального и антрального отделов желудка в третьей группе в 90% случаев выделялись представители 12 родов микроорганизмов при этом представители родов *Helicobacter*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Peptococcus*, *Micrococcus*, *Candida*, *Pseudomonas* и *Criptococcus* обладают уреазной активностью. Следует отметить, что *H. pylori* в монокультуре не встречался.

В группе больных с язвенным процессом практически все тесты дали позитивный результат, а в биоптатах встречались бактерия *H. pylori* (в 85%) стафилококки (у 50% больных), бактерии семейства *Enterobacteriaceae* (у 60%), бактериоиды (у 46%), дрожжевые грибы рода *Candida* (у 40%), микрококки (у 41%), лактобациллы (у 52%), реже — коринебактерии (у 20%), вейлонеллы (у 15%), бациллы (у 12%) и другие микроорганизмы (пептококки, псевдомонады, актиномицеты, гемофильные бактерии и др.). Количество микроорганизмов было в пределах 3,2–5,2 lg КОЕ/г биоптата.

После эрадикационной терапии *H. pylori* 1-й линии у всех пациентов в течение месяца наступила клиничко-эн-

доскопическая ремиссия и практическое восстановление нормомикробиоценоза мукозной микрофлоры в эзофагогастродуоденальной зоне.

H. pylori идентифицировался в среднем в 65% случаев, что свидетельствует о восстановлении его популяционно-го уровня в нормомикробиоценозе. При этом уреазная активность биоптатов вернулась к соотношению здоровых пациентов. Измерение pH биоптата не дало существенной корреляции с видовой спецификой уреазопродукторов микробиоценоза.

Обсуждение

В эндоскопической практике использование быстрых уреазных тестов базируется на запросах гастроэнтерологов в быстрой, максимально достоверной и недорогой (по-возможности) диагностике состояния, именуемого «хеликобактериоз». Существуют масса избирательных методов диагностики ИФА, ПЦР и т. д., позволяющие однозначно давать ответ на заданный вопрос. Работы микробиологов в последнее время поставили под вопрос патогенную роль *H. pylori* в сообществе микроорганизмов, обитающих в эзофагогастродуоденальной зоне.

К настоящему времени установлено, что род *Helicobacter* широко распространен в природе. Его виды обнаружены у обезьян, собак, кошек, овец, хорьков, птиц, а *H. pylori* заселяет желудочно-кишечный тракт у 30–90% населения земного шара, что составляет более 3,5 миллиарда человек. В разных регионах России микроорганизм выявляется у 80–100% взрослого населения, однако менее 20% из них страдает различными эзофагогастродуоденальными заболеваниями, включая эзофагит, хронический гастрит, язвенную болезнь и опухоли желудка. Крайняя критическая позиция стала проявляться и в работах отечественных авторов.

«Присутствие *H. pylori* в биоценозе мукозной микрофлоры эзофагогастродуоденальной зоны не является инфекционным процессом, не имеет самостоятельного значения в развитии и рецидивирующем течении язвенной болезни, хронического гастрита, хронического эзофагита и не требует эрадикации» Такой мотивированный вывод делают сотрудники Тверской государственной медицинской академии и НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи, Чернин В.В., Бондаренко В.М., Червинец В.М., Базлов С.Н. (Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология).

Уреаза — важнейший фермент микроорганизма *H. pylori*. В настоящее время установлено, что свыше 5% всех клеточных белков *H. pylori* приходится на долю уреазы, что свидетельствует о «чрезвычайном» уровне продукции данного фермента. В то же время, базирование на его идентификации *H. pylori* не корректно т к продукция уреазы присуща многим микроорганизмам (в частности, *Proteus mirabilis*, *Morganella morganii*, *Providencia rettgeri*, *Providencia stuartii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella oxytoca*, *Proteus vulgaris* и др., обнаруживаемым у человека, хотя *Helicobacter pylori* и превосходит их по интенсивности экспрессии фермента. Высокие уровни «специфичности», «чувствительности» быстрых уреазных тестов являются показателями медико-биометрической статистики, могут иметь косвенное отношение к анализируемому видовому составу микроорганизмов и должны оцениваться с точки зрения анализа состава микробного сообщества в пробе.

Выводы

1. Уреазу помимо *H. pylori* продуцируют стафилококки, стрептококки, кандиды, псевдомонады, криптококки, пептококки и микрококки, выделить видовую ферментативную активность из пробы (биоптата) невозможно, как и оценить удельный вклад их уреазы, что ставит под сомнение изолированную диагностическую ценность уреазного теста для выявления «хеликобактериоза».

2. Использованные методы экспресс-диагностики по результативности принципиально не отличались. Относительным удобством отличается Геликобактер тест диски рут, характеризующийся возможностью дополнительно оценить кислотность исследуемой пробы и Пронто Драй, позволяющий отправить образец на гистологическое исследование в удобной форме. Стандартные биостатистические показатели «Чувствительность» и «Специфичность» были удовлетворительны у всех тестов.

3. Изолированное использование быстрых уреазных тестов недостаточно информативно; для окончательной идентификации микроорганизма необходимо использовать бактериологические или иные методики (ИФА.ПЦР). Иные интегрированные тесты в данных целях (например аммиачные дыхательные тесты) также сомнительны, т. к. регистрируют суммарную уреазную активность всех уреазопродукторов организма. Видимо, существенным критерием выбора быстрых уреазных тестов является доступность и стоимость единичного исследования, при информированномприятии их недостатков.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В РУТИННУЮ КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

Жданов А. В.¹, Солоницын Е. Г.², Корымасов Е. А.³

¹ ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-медицина» г. Самара»

² ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» г. Санкт-Петербург

³ Кафедра хирургии ИПО СамГМУ(Зав.кафедрой – проф. Е. А. Корымасов) г. Самара

Введение

Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) впервые начала применяться в качестве диагностического метода в 80х годах прошлого столетия. В России ЭУС впервые появился как диагностическая методика в 1997 году на базе ГБУЗ городской больницы № 31 г.Москвы [1]. Именно данный период времени можно считать началом применения ультрасонографии в нашей стране. Чувствительность ЭУС в выявлении холедохолитиаза приближается к 100% [2]. Чувствительность метода в диагностики рака поджелудочной железы превышает 94% [3]. Точность метода в диагностике инвазии опухоли поджелудочной железы в магистральные сосуды достигает 93% [4]. Эндосонография упоминается как один из ключевых методов диагностики органов панкреатобилиарной области в клинических рекомендациях Российской гастроэнтерологической ассоциации [5]. Метод является наиболее чувствительным для выявления визуальных признаков хронического панкреатита (ХП) и входит в международные алгоритмы исследования пациентов [6]. Однако при всей своей информативности данная методика недостаточно широко распространена в нашей стране. Это связано с рядом причин, в том числе с высокой стоимостью оборудования и сложностью освоения методики, особенно в регионах, где нет учебной базы по данному направлению. Так же это можно объяснить отсутствием мультидисциплинарного подхода в диагностике заболеваний панкреато-билиарной области в ряде лечебных учреждений.

Цель

Анализ собственного опыта внедрения эндоскопической ультрасонографии в хирургическом стационаре. Обоснование применения методики в рутинной клинической практике в диагностическом алгоритме у пациентов с заболеваниями панкреато-билиарной зоны и верхних отделов ЖКТ.

Материал и методы

Эндоскопическая ультрасонография впервые была выполнена в хирургическом стационаре ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-медицина» г. Самара в декабре 2018 года. С этого периода проводилось активное освоение методики и обучение медицинского персонала. Для работы использован линейный эхоэндоскоп компании «Pentax» модель EG-3870UTK с инструментальным кана-

лом 3.8мм, и углом сканирования 120 градусов, частотой сканирования 5–10 МГц. Данный аппарат использован в комплексе с УЗИ аппаратом Hitachi Noblus и видеосистемой Pentax ерк 7010i. За 12 месяцев применения эндосонографии в нашем стационаре было обследовано 227 пациента с различной патологией панкреато-билиарной области. Средний возраст пациентов был 54 года (от 20 до 87 лет). Показания к исследованию выставлялись лечащим врачом.

Результаты

ЭУС применялась при подозрении на заболевания панкреато-билиарной зоны, в частности для уточнения причины механической желтухи или типичного билиарного

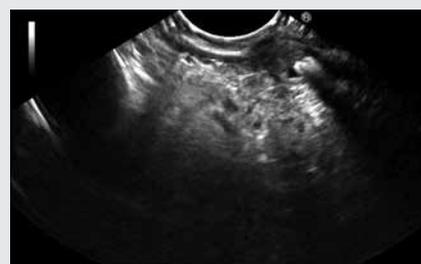


Рис. 1а. Камень интрамуральной части холедоха



Рис. 1б. Камень интрамуральной части холедоха



Рис. 2. Опухоль головки поджелудочной железы с инвазией в воротную вену



Рис. 3. Холангиокарцинома интрапанкреатической части холедоха



Рис. 4. ГИСО кардиального отдела желудка

болевого синдрома при наличии сомнений в правильности установленного диагноза другими методами медицинской визуализации. В результате у 60 пациентов (26.4%) была выявлена патология, требующая дальнейшее оперативное лечение.

Холедохолитиаз был выявлен у 33 пациентов (14.5%). При этом лишь у 14 пациентов имелась клиническая и лабораторная картина механической желтухи. Стоит отметить, что ни у одного из пациентов диагноз не был поставлен при помощи трансабдоминального УЗИ брюшной полости. При этом холедохолитиаз более 7 мм была диагностирована у 21 (63.3%) больного на этапе предварительного неинвазивного обследования.

В ряде случаев ЭУС была применена для подтверждения характера механической желтухи и установлении ее причины, в качестве предоперационного метода диагностики до применения ЭРХПГ. В результате обследования выявлялись конкременты диаметром от 3мм до 1.5см (рис 1а, б). Как правило, отсутствие подтверждения диагноза на неинвазивных методах было обусловлено расположением конкремента в интрапанкреатической или интрамуральной части холедоха. Применение линейного эхоэндоскопа позволило визуализировать эту область во всех случаях. При получении данных, указывающих на холедохолитиаз, у 25 больных выполнено ЭРХПГ с папиллосфинктеротомией и литоэкстракцией конкремента во время одного анестезиологического пособия.

Новообразования поджелудочной железы были выявлены у 11(4.8%) пациентов. Среди пациентов было 10 мужчин и одна женщина. 2 пациента были обследованы в плановом порядке при подозрении на хронический панкреатит, у 9 больных обследование выполнялось в качестве уточняющего метода для выявления причины механической желтухи. Компьютерная томография, УЗИ или МРТ выполнялись у всех пациентов данной группы, как методы первой линии, во время которых выявлялись лишь косвенные признаки наличия новообразования поджелудочной железы: расширение общего желчного протока, расширение главного панкреатического протока, увеличение поджелудочной железы в размерах, в ряде случаев лимфаденопатия панкреатобилиарной области. Учитывая

Табл. 1. Показания к назначению эндосонографии

Всего пациентов n-227	
Механическая желтуха n-88 (38.7%)	Без механической желтухи n-139(61%)
Холедохолитиаз n-34 (14.9%)	Холедохолитиаз n-31(13.6%)
Опухоль поджелудочной железы n-28(12.3%)	Хронический билиарнозависимый панкреатит n-65(28.6%)
Холангиокарцинома n-15(6.6%)	Опухоль поджелудочной железы n-6(2.6%)
Образование БСДПК n-11(4.8%)	Холангиокарцинома n-3(1.3%)
	Подслизистые образования ЖКТ n-7(3%)
	Абдоминальный болевой синдром n-27(11.8%)

Табл. 2. Патология, выявленная на ЭУС

Диагноз после ЭУС	Количество (человек)	%
Всего больных	227	100%
Холедохолитиаз	33	14.5%
Образование головки поджелудочной железы	11	4.8%
Холангиокарцинома	6	2.6%
Образование БДС	7	3%
Хронический панкреатит	14	6.1%
ГИСО	3	1.3%
Липома стенки желудка	2	0.8%
Патологии не выявлено	151	66.5%

клиническую картину и наличие признаков панкреатической или билиарной гипертензии принималось решение о выполнении ЭУС.

В результате были выявлены солидные опухоли с характерной для злокачественных новообразований эхоструктурой. Размер образований выявленных на ЭУС был от 1см, до 4см(в среднем 2–2.5см). В десяти случаях из одиннадцати опухоль располагалась в головке поджелудочной железы (рис 2). В одном случае определялось наличие опухолевой инвазии в воротную вену. Кроме того, удавалось определить наличие инвазии опухоли в интрапанкреатическую часть холедоха (63% случаев), что позволило спланировать забор биоматериала из желчного протока, с целью морфологической верификации диагноза. У 4-х пациентов была выполнена тонкоигольная аспирационная пункция образования для цитологического исследования. Пункция выполнялась иглой 22G из просвета ДПК.

Одним из наиболее сложных диагнозов в диагностике заболеваний панкреато-билиарной области является холангиокарцинома интрапанкреатической части холедоха. Особую сложность диагностики представляют пациенты, которым ранее проводилось стентирование общего желчного протока. По нашим наблюдениям холангиокарцинома была выявлена в шести случаях (2.6%) у пациентов имевших стриктуру интрапанкреатической части холедоха. В двух случаях проведению ЭУС в анамнезе предшествовало стентирование холедоха пластиковым стентом по причине развития механической желтухи.

На этапе применения неинвазивных методов обследования достоверных признаков холангиокарциномы не было выявлено ни у одного из пациентов этой группы. При сканировании панкреато-билиарной области при помощи эхоэндоскопа было четко установлено наличие утолщения стенок холедоха при отсутствии четкой дифференцировки слоев. Стенки холедоха в области пора-

жения достигали толщины в 5–6мм и были представлены гипэхогенной бесструктурной тканью, с нарушением дифференцировки слоев (рис 4). Во всех случаях были четко установлены границы поражения холедоха. Далее производился забор биопсийного материала для гистологического исследования из наиболее подозрительных участков слизистой оболочки. Забор биоматериала осуществлялся во время ЭРХПГ при помощи биопсийных щипцов, введенных в холедох, под рентгенологическим контролем. Во всех случаях диагноз был подтвержден гистологически.

Применение ЭУС в качестве основного метода дифференциальной диагностики синдрома желтухи неясной этиологии, позволило исключить механический характер нарушения оттока желчи в 12 случаях, когда альтернативным способом дифференциальной диагностики было бы назначение ЭРХПГ. В результате отсутствия подтверждения данных за механическую желтуху, удалось избежать назначения ЭРХПГ, не подвергая пациента риску развития связанных с холангиографией осложнений. В тех случаях, когда во время ЭУС выявлялось препятствие оттоку желчи, выполнялся переход на ЭРХПГ. Это позволило сократить анестезиологическую нагрузку на пациента и время пребывания в стационаре.

Кроме пациентов с патологией панкреато-билиарной зоны в исследование включались пациенты с подслизистыми образованиями ЖКТ. Гастроинтестинальные стромальные опухоли были выявлены в трех случаях у пациентов имевших подслизистые образования пищевода и желудка. Все пациенты неоднократно проходили ЭГДС и находились на диспансерном учете. При сканировании эхондоскопом выявлялось новообразование гипэхогенной структуры произрастающее из мышечной оболочки (рис 4). Один пациент был успешно оперирован эндоскопически, после чего диагноз был подтвержден при морфологическом исследовании удаленного образования.

Обсуждение результатов. В результате активного применения эндосонографии в течение года удалось включить ЭУС в стандарты алгоритмов диагностики пациентов с патологией панкреато-билиарной области в нашем лечебном учреждении. Важную роль сыграли мультидисциплинарный подход и выбор адекватных показаний. В результате двум пациентам была выполнена панкреато-дуоденальная резекция в ситуации, когда образование выявлялось только по данным ЭУС, и было подтверждено гистологически (рис 6). Еще 4 пациента были направлены на химиотерапевтическое лечение, после выполнения тонкоигольной пункции под ЭУС наведением и морфологического подтверждения диагноза.

Использование ЭУС и ЭРХПГ в одной операционной позволило существенно улучшить качество диагностики, уточнить показания к операции и уменьшить количество ЭРХПГ в сомнительных случаях. У пациентов с подозрением на новообразования холедоха и БСДПК, ЭУС позволило определиться с целесообразностью забора биоматериала. Так, выполнение ЭУС у пациентов с постхолецистэктомическим синдромом, обусловленным различными причинами (n=34) в 32% случаев позволило выявить его причину и последовательно выполнить ЭРХПГ с лечебной целью и положительным исходом.

С другой стороны, в 68% случаев удалось избежать необоснованного направления пациентов на ЭРХПГ. Применение эндосонографии перед проведением ЭРХПГ позволило в 40% случаев установить диагноз до оперативного вмешательства и более четко сформулировать показания к операции и план оперативного вмешательства у пациентов с синдромом механической желтухи. С другой стороны, в 50% случаев было исключено наличие конкремента холедоха. Наличие опухоли поджелудочной железы

было опровергнуто в 67% случаев благодаря применению ЭУС. Опровергнуть наличие холангиокарциномы удалось в 60%, а исключить новообразование БСДПК в 37% случаев. Это позволило изменить лечебную тактику, и в ряде случаев отказаться от выполнения оперативного вмешательства. Однако, все пациенты данной группы находятся под наблюдением.

Заключение

Достигнутые результаты демонстрируют высокую диагностическую ценность метода, которая была по достоинству оценена клиницистами. ЭУС активно назначается врачами гастроэнтерологами, хирургами и онкологами для исключения или уточнения патологии поджелудочной железы и желчных протоков. Уже на этапе освоения методики, в первый год ее применения, эндосонография получила прикладное значение в клинической практике Самарской области. В то же время, продолжается дальнейшее изучение метода и уточнение его места в практическом здравоохранении региона. Активную поддержку в дистанционном и очном обучении оказывают специалисты Национального Медицинского Исследовательского Центра им. В.А. Алмазова, а так же ГБУЗ Московского Клинического Научного Центра имени А.С. Логинова ДЗМ и первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова. Современные средства связи и развитая транспортная сеть страны позволяют активно привлекать экспертов к обучению специалистов на местах, а так же проводить дистанционные консультации сложных клинических случаев. Данный подход позволил быстро внедрить ЭУС в практическое здравоохранение региона и существенно улучшить результаты диагностики и лечения профильных пациентов

Список литературы

1. Нечипай А.М., Орлов С.Ю., Федоров Е.Д. ЭУСбука. Руководство по эндоскопической ультрасонографии, Москва 2013 г.
2. Nechipai A. M., Orlov S. Y., Fedorov E. D. EUSbuka. Guidelines for endoscopic ultrasonography, Moscow 2013.
3. Эпштейн А.М., Дуберман Б.Л., Дыньков С.М., Поздеев В.Н. Эндосонография в диагностике холедохолитиаза. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014; 110 (10):33–37.
4. Epstein A.M., Duberman B.L., Dynkov S.M., Pozdeev V.N. Endosonography in the diagnosis of choledocholithiasis. Experimental and clinical gastroenterology 2014; 110 (10): 33–37.
5. Нечипай А.М., Бурдюков М.С., Юричев И., Коржева И.Ю., Комиссаров Д.Ю. Эндосонографические критерии дифференциальной диагностики рака поджелудочной железы и хронического панкреатита. Материалы конференции «Актуальные вопросы эндоскопии». 2017 г.
6. Nechipay A.M., Burdyukov M.S., Yurichev I., Korzheva I. Yu., Komissarov D. Yu. Endosonographic criteria for the differential diagnosis of pancreatic cancer and chronic pancreatitis. Materials of the conference «Actual issues of endoscopy.» 2017
7. Cotton P.B. Analysis of 59 ERCP lawsuits; mainly about indications. Gastrointest. Endosc. 2006; 63 (3): 378–382. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2005.06.046>
8. Ивашкин В.Т., проф. Маев И.В., проф. Шифрин О.С., проф. Шептулин А.А., проф. Сайфутдинов Р.Г., доцент Охлобыстин А.В., доцент Кучерявый Ю.А. Рабочая группа: доцент Охлобыстин А.В., доцент Кучерявый Ю.А. Клинические рекомендации по диагностике и лечению хронического панкреатита. Российская ассоциация гастроэнтерологов. Москва 2013.
9. Ivashkin V.T., prof. Mayev I.V., prof. Shifrin O.S., prof. Sheptulin A.A., prof. Sayfutdinov R.G., Associate Professor Okhlobystin A.V., Associate Professor Kucheryavy Yu.A. Working group: Associate Professor Okhlobystin A.V., Associate Professor Kucheryavy Yu.A. Clinical recommendations for the diagnosis and treatment of chronic pancreatitis. Russian Association of Gastroenterologists. Moscow 2013.
10. Catalano M.F., Sahai A., Lavy et al. EUS-based criteria for the diagnosis of chronic pancreatitis. Am J Gasrtoenterol. 2004; 99: 1350–1354.

ТРУДНОСТИ, НЕУДАЧИ, ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

Иванов А. В., Косолапов В. В., Подсмаженко И. С.
ГАУЗ АО Благовещенская городская клиническая больница

📍 г. Благовещенск

Развитие современной медицинской техники в последние десятилетия принесло много нового для клинической медицины. Разработка и внедрение новых материалов, широкое внедрение микрокамер позволило создать аппараты с меньшим диаметром вводимой трубки, но сохранившие в себе полный набор возможностей применяемых ранее.

Трудности в работе отделения/кабинета эндоскопии бывают: финансово-экономические; связанные с квалификацией врача эндоскописта; непосредственно связанные с выполнением исследования. С первыми трудностями сталкиваются врачи эндоскописты и организаторы медицинской службы на этапах формирования и размещения кабинетов и приобретения эндоскопической аппаратуры. В условиях ограниченного финансирования это сделать не просто, а проверяющие организации требуют строго соблюдения имеющихся норм санитарных правил и соответствие помещений по количеству кабинетов и нормам занимаемой площади. Несоблюдение этих требований ведет к одному из основных осложнений — нарушению инфекционной безопасности.

Следующие трудности связаны с квалификацией и опытом исполнителя, а именно врача эндоскописта и его помощника медицинской сестры. От квалификации врача и его мануальных навыков зависит напрямую качество проведенного исследования а также возникновение осложнений: повреждение слизистых оболочек полости рта, глотки, пищевода (вплоть до перфорации), развитие ларингоспазма и бронхообструктивных состояний. А уровень квалификации сестры влияет на сохранность аппаратуры при проведении исследования, и качество обработки последней. Следующие трудности при проведении исследований связаны непосредственно с анатомическими особенностями пациента или патологическими изменениями, произошедшими

в исследуемых органах. Такие как воспаление, рубцовые и опухолевые стенозы, продолжающееся кровотечение в полость органа.

Частота серьезных осложнений при эндоскопическом исследовании верхних отделов желудочно-кишечного тракта достаточно низка. Смертность еще ниже, по данным крупных обзорных исследований менее 0,01%. Осложнения могут возникать вследствие использования местных анестетиков и собственно эндоскопического вмешательства. Они представлены в первую очередь нарушениями дыхания и функции сердечно-сосудистой системы, а также механическими травмами, кровотечениями и инфекционными осложнениями.

Проведя анализ осложнений при проведении эндоскопических исследований верхних отделов ЖКТ, за прошедшие 5 лет в нашей клинике могу отметить следующие: осложнения со стороны сердечно — легочной системы: 3 случая остановки сердца во время исследования или по окончании его. Все случаи закончились смертью больного, несмотря на проводимые реанимационные мероприятия. 2 случая кровотечения из варикозных вен пищевода при проведении исследования, связанные с чрезмерным повышением давления в портальной системе при натуживании, пролечены консервативно. Осложнения со стороны дыхательной системы носят преходящий характер и характеризуются явлениями краткосрочного ларингоспазма.

Выводы

Для предупреждения большего количества осложнений требуется квалифицированный персонал, тщательный сбор анамнеза перед исследованием (особенно аллергологического). Осторожное и бережное проведение исследования в случаях нарушения проходимости пищевой трубки и ограниченной видимости.

ЭКСТРЕННАЯ ЭНДОСКОПИЯ В ВОРОНЕЖСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ № 1

Карташова С. Б., Козлова Н. В., Волкова И. В.
Воронежская городская клиническая больниц скорой медицинской помощи № 1

📍 г. Воронеж

Эндоскопическое отделение функционирует со дня открытия Воронежской городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 1, осуществляет работу по оказанию эндоскопической помощи больным стационара и МО города и области в плановом и экстренном порядке круглосуточно. Кроме того, эндоскопическое отделение входит в состав центра по лечению желудочно-кишечных кровотечений, основанного 1 февраля 1993 года, являющегося единственным во всем Центральном Черноземье.

Пациентам, поступившим в приемное отделение по экстренным показаниям с признаками желудочно-кишечного кровотечения в соответствии с утвержденным в нашей клинике СОП по маршрутизации больных с ЖКК, проводится экстренная ФГДС. Также при наличии показаний с целью дифференциальной диагностики, либо для исключения сопутствующей жизнеугрожающей патологии, проводится экстренное эндоскопическое исследование. Больница является крупнейшим в городе многопрофильным стационаром и, учитывая специфику нашей работы, имеет большой опыт выполнения экстренных эндоскопических исследований.

В отделении выполняются следующие виды эндоскопических диагностических исследований: эзофагогастродуоденоскопия, ректосигмоскопия, колоноскопия, бронхоскопия, ЭРХПГ. Из лечебных эндоскопических манипуляций в центре производятся остановки гастродуоденальных кровотечений, геморрагий из толстой кишки, склерозирование при кровотечениях из ВРВП (варикозное расширение вен пищевода); удаление полипов и доброкачественных новообразований из пищевода, желудка, ДПК, а также из различных отделов толстой кишки; удаление инородных тел из глотки, верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, трахеи и бронхов; лечение гастродуоденальных язв различными методами (имеются патенты — Приложение 1). При бронхоскопиях производится санация бронхиального дерева, эндобронхиальное введение лекарственных препаратов, лаваж бронхов с взятием материала на бакпосев и гистологическое исследование.

В данном докладе представлен анализ работы и освещен спектр применяемых методик эндоскопического отделения в направлении экстренной эндоскопии.

За период 2017–2019 г. г. отмечается значительный рост эндоскопических исследований (7709–7814–8194).

Из общего количества процедур, проведенных в 2019 г., экстренных исследований — 3723: гастроскопий — 3163, бронхоскопий — 543, колоноскопий — 17.

Основные неотложные состояния, встречающиеся в нашей клинике при которых выполняются экстренные эндоскопические исследования — желудочно-кишечные кровотечения.

За 2019 год из приемного отделения из общего количества проведенных гастродуоденоскопий, пациенты с подозрением на ЖКК составили 1658 чел. Из них гастродуоденальные кровотечения различной этиологии диагностированы у 702 чел., 308 — пациенты с кишечными кровотечениями, осмотренные в экстренном порядке с соблюдением порядков и стандартов оказания мед помощи данной группе пациентов.

Остальные гастроскопии произведены у пациентов по экстренным показаниям с острой хирургической патологией, либо с тяжелой анемией в целях дифференциальной диагностики — 638 чел.

Этиология кровотечений желудочно-кишечного тракта в экстренной эндоскопии довольно обширна. Представлена следующими видами нозологий:

- синдром Меллори–Вейсса — 94;
- кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП) — 89;
- язвы желудка и ДПК — 321, большая часть из них представлена острыми язвами;
- из эрозий желудка и 12-перстной кишки — 80;
- эрозивные эзофагиты с признаками кровотечения — 69;
- рак с признаками кровотечения — 29;
- эрозированные полипы — 20.

Определенную долю из общего числа пациентов, обследованных по экстренным показаниям, занимают пациенты с инородными телами ЖКТ. За 2019 год в эндоскопическое отделение обратилось 236 пациентов с подозрением на инородное тело глотки, пищевода и желудка. Выявлено и удалено инородных тел — 91, преимущественно в области гортаноглотки.

Из общего количества бронхоскопий — 1281 процедуры, 543(42,4%) — экстренных осмотров. Превалирующие показания — санации при тяжелых пневмониях и аспирациях, а также интубации под контролем эндоскопа в сложных

случаях — 45. Инородные тела трахеи и бронхов встречаются редко. За текущий год — 20 пациентов с подозрением на инородное тело, выявлено и удалено — 7.

Наша работа по лечению ЖКК и эндоскопическому гемостазу проводится в соответствии с национальными клиническими рекомендациями по лечению больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (2014 г.) и клиническими рекомендациями по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (2014 г.).

Наш центр на протяжении 26 лет разработал и дополнил свою работу новыми инновационными запатентованными методиками (Приложение 1).

Комплекс применяемых методов зависит от выявленной патологии.

В случае выявления злокачественных заболеваний, например, инфильтративно-язвенное заболевание желудка с признаками кровотечения используется аргоноплазменная коагуляция (АПК) с последующим нанесением гелевого сорбента, либо орошение спиртом.

У больных с язвенными кровотечениями комплекс методов зависит от выявленной стадии согласно классификации по J. F. Forrest (1974), и это всегда комбинированный эндоскопический гемостаз.

У больных с продолжающимся кровотечением FIA-FIB — это инфильтрационный эндоскопический гемостаз 5%-раствором аминокaproновой кислоты с 0,1% р-ром адреналина с последующей аргоноплазменной коагуляцией источника геморрагии, затем на область дефекта нанесение гемостатического препарата Желпластан с последующей пневмоинсуффляцией гранулированного сорбента Асептисорб-Д.

У больных с нестабильно остановившимся кровотечением FIIA-FIIB, аргоноплазменная коагуляция тромбированного сосуда при типе кровотечения FIIA, при типе кровотечения FIIB — отмывание тромба с последующей коагуляцией источника геморрагии. После проведения аргоноплазменной коагуляции с целью профилактики рецидива геморрагии, а также цитопротективного лечения на область дефекта нанесение гранулированного сорбента Асептисорб-А с последующей аппликацией обогащенной тромбоцитами аутоплазмы больного.

У пациентов с типов кровотечения F2C достаточно нанесения гелевого сорбента (ПАГС), как и у пациентов с эрозивными эзофагитами, гастритами и дуоденитами с признаками состоявшегося кровотечения.

У пациентов с синдромом Меллори-Вейсса тактика лечения зависит от эндоскопической картины. В случае угрозы рецидива кровотечения, либо продолжающегося кровотечения производим АПК с последующей ПАГС, реже инъекционный гемостаз.

В случае поступления пациента с эрозированным полипом — электроэксцизия полипа на высоте кровотечения.

Группе пациентов с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода — склеротерапия препаратом этоксисклерол (с последующей постановкой зонда Блэкмора).

Таким образом, за текущий период проведено:

- полипэктомий — 77;
- эндоскопических остановок кровотечений — 132;
- АПК — 129;

- склеротерапий — 105;
- пневмоаппликации гелевого сорбента (1274 процедур);
- инъекции лекарственных препаратов в дно язв и пеприфокально с целью стимуляции репаративных процессов (даларгин, солкосерил, тималин и др.) — 157.

Успех нашей работы невозможен без тесного контакта и взаимопонимания медицинской сестры и врача. В нашем отделении медицинские сестры имеют высокую квалификацию, большой практический многолетний опыт работы с данной категорией пациентов, часто без слов понимая, что незамедлительно и необходимо сделать в данной ситуации, а именно — ассистируют врачу при остановке кровотечений и лечении язв различными методами, при проведении ЭРХПГ, удалении инородных тел, а также при проведении полипэктомий. Обучены в полном объеме при работе с АПК, диатермокоагуляцией и всеми используемыми методиками в отделении. Все медицинские сестры отделения имеют две специализации («Операционное дело» и «Современные аспекты сестринского дела при эндоскопии»). Состоят в системе НМО, активно участвуют в конференциях регионального и федерального уровня.

Выводы

Применение инновационных эндоскопических технологий, включающих цитопротективное лечение кровоточащих дефектов гранулированными сорбентами и местными гемостатиками в комплексной терапии больных с желудочно-кишечными кровотечениями, дает возможность усилить гемостатический эффект, обеспечивает надежный первичный гемостаз, позволяет снизить частоту рецидивов кровотечения, снизить оперативную активность и уменьшить сроки госпитализации.

Представленные выше данные подтверждены нашими собственными исследованиями, озвученными и уже опубликованными на конференциях федерального уровня.

Это позволяет сделать нам вывод, что одним из реальных путей улучшения результатов лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями различной этиологии является сосредоточение их в специализированных центрах, имеющих высококвалифицированных специалистов врачебного и сестринского персонала и современную материально-техническую базу.



Рис. 1. Структура эндоскопических манипуляций

МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Королев М. П.¹, Федотов Л. Е.², Аванесян Р. Г.², Лепехин Г. М.², Плентев М. Ю.¹

¹ ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

² СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

г. Санкт-Петербург



■ Королев М. П.



■ Федотов Л. Е.



■ Аванесян Р. Г.



■ Лепехин Г. М.

Актуальность

Внутрибрюшные послеоперационные абсцессы являются одной из актуальных проблем современной хирургии. Частота возникновения абсцессов брюшной полости в послеоперационном периоде составляет до 1–2%. Процент данных осложнений достигает 4,4% — 5,1% при травме с повреждением внутренних органов. Также высокой остается летальность — 13% — 15%. Относительная высокая частота осложнений в послеоперационном периоде обусловлена как расширением диапазона и объема хирургических вмешательств, так и возрастающим числом пациентов с приобретенным иммунодефицитом на фоне тяжелой хронической специфической инфекции и онкологических заболеваний. Кроме этого, развитие эндовидеохирургических и внутрипросветных методов лечения также не способствуют снижению частоты возникновения абсцессов, т. к. при этом уменьшается визуальный и пальпаторный контроль над всеми этапами операции. Распространение миниинвазивных хирургических вмешательств по поводу механической желтухи, сопряженных с длительным нахождением инородного тела в паренхиме печени на фоне холангита, также могут сопровождаться развитием абсцессов как поддиафрагмальных и подпеченочных, так и располагающихся непосредственно в паренхиме печени.

Цель

Улучшение результатов лечения больных с послеоперационными абсцессами брюшной полости с помощью применения комбинированных миниинвазивных операций под визуальным ультразвуковым, эндоскопическим и рентгенологическим контролем.

Материалы и методы

Были проанализированы результаты лечения 217 больных с послеоперационными абсцессами различной локализации, возникшими после выполнения традиционных,

лапароскопических и внутрипросветных операций на органах брюшной полости. Больные находились на лечении в клинике Общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ с 2006 по 2019 гг.

Среди пациентов мужчин было 121, женщин 96. По возрастным группам больные распределились следующим образом: 62 пациента относились к молодому возрасту (18–45 лет), 78 — к среднему возрасту (46–59 лет), 52 — к пожилому (60–74 года), 22 к старческому возрасту (75–89 лет) и 3 к возрасту долгожительства (больше 90).

Диагностические и лечебные манипуляции выполнялись на аппарате ультразвуковой диагностики «GE Volusion» в В-режиме с использованием конвексного и линейного датчиков в сочетании с Допплеровским режимом. В большинстве случаев (68%) больным выполнялась спиральная компьютерная томография с внутривенным контрастированием. При подозрении на повреждение желчных протоков и резидуальный холедохолитиаз больным выполнялась МРТ в режиме МРХПГ.

Операции выполнялись в комбинированной операционной оборудованной аппаратом ультразвуковой диагностики, цифровой рентгенологической установкой типа С-дуга фирмы Phillips — «Versdius» и эндоскопической стойкой Olympus.

Для дренирования использовались дренажные системы типа стилет-катетер и троакар-катетер диаметром от 8.5 до 15 Fr «COOK», «Boston-Scientific» и «Braun».

Результаты и обсуждение

Клиническая картина абсцессов возникающих после хирургических операций зависит преимущественно от их размеров и локализации и степени повреждения анатомических структур, приведших к их возникновению. Следует отметить, что экстраорганные абсцессы, кроме общих симптомов воспалительной реакции организма, имеют местные симптомы, связанные с раздражением брюшины, ветвей диафрагмального нерва, тогда как по-

слеоперационные абсцессы печени и селезенки, редко вызывают специфические жалобы и проявляются преимущественно симптомами интоксикации и, как следствие, выявляются при помощи инструментальных методов диагностики.

Тактика лечения больных так же зависела от локализации, размеров полости абсцесса и причин приведших к его возникновению. При отсутствии повреждений желчных и панкреатических протоков хирургическое лечение сводилось к адекватному дренированию полости абсцесса одним или несколькими дренажами. При повреждении протоков данные вмешательства дополнялись наружным дренированием последних с последующим восстановлением проходимости протоков.

Повреждение желчных и панкреатических протоков являлось следствием как ятрогенного повреждения, так и результатом анатомических особенностей развития протоков. Также необходимо отметить, что нарушение целостности протоков поджелудочной железы может быть связано с деструкцией паренхимы органа в результате острого панкреатита и панкреонекроза.

Для дренирования как органных, так и экстраорганных абсцессов преимущественно использовалась одномоментная методика «стиллет-катетер», как наименее травматичная и способствующая наименьшему инфицированию окружающих тканей по ходу дренажного канала. Для дренирования абсцессов брюшной полости в большинстве случаев применялся внеорганный доступ. Лишь при дренировании абсцессов в области тела и хвоста поджелудочной железы применялись в 15 случаях трансселезеночный доступ, в 3 случаях — трансселезеночный доступ. Дренирование абсцессов печени и селезенки производилось через участок неизменной паренхимы протяженностью не менее 2 сантиметров для обеспечения необходимой герметичности дренажного канала.

При бактериологическом исследовании содержимого абсцессов в отделяемом преобладали *Escherichia Coli*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas Aeruginosa*, *Acinetrobacter baumannii* и их комбинации.

Дренирование абсцессов осуществлялось пассивно. Полость абсцессов промывалась раствором антисептика в небольшом объеме (до 50 мл но не более 20% предполагаемого объема полости абсцесса) для санации полости и обеспечения профилактики засорения трубки густым отделяемым.

При наличии связи полости абсцесса с протоками печени или поджелудочной железы выполняли декомпрессию просвета протока с целью уменьшения или полного купирования поступления желчи или панкреатического сока в полость абсцесса.

Поддиафрагмальные абсцессы в 87% случаев возникали при дренировании желчевыводящих путей. Причина формирования абсцессов данной локализации является или миграция дренажа, или инкрустация просвета дренажа. При анализе причин миграции дренажа пришли к выводу, что причиной данного осложнения является складывание нерабочей части дренажа во время акта дыхания. Смена дренажа или редренирование желчных протоков в сочетании с дренированием полости абсцесса являются эффективными методами миниинвазивного лечения данного осложнения.

Конверсия доступа выполнена у 8 пациентов. В 5 случаях с множественными межпечельными абсцессами в виду неэффективности миниинвазивного дренирования, в 2 случаях поддиафрагмального абсцесса, в связи с распространением гнойного содержимого по боковому каналу в полость малого таза и в подпеченочное пространство и в одном случае гигантского абсцесса селезенки.

Летальность после выполнения миниинвазивного лечения составила менее 5.5% и была обусловлена развитием тромбоэмболических осложнений, полиорганной недостаточности, пневмонии и сепсиса.

Сроки дренирования полости абсцесса составили от 4 дней до 2.5 месяцев. Больные выписывались на амбулаторное лечение с регулярным (раз в 7 дней) выполнением УЗИ для определения остаточной полости абсцесса.

Критериями удаления дренажа было отсутствие полости абсцесса при контрольном исследовании, отсутствие отделяемого по дренажу, отсутствие признаков воспалительной реакции организма.

Выводы

1. Миниинвазивное лечение послеоперационных абсцессов являются методом выбора.
2. Выполнение дренирования жидкостных скоплений целесообразно проводить в максимально ранние сроки вне зависимости от патологического субстрата.
3. При повреждении желчных протоков с истечением желчи в брюшную полость после выполнения дренирования жидкостного скопления показана декомпрессия желчных протоков.

КОЛЛОИДНЫЕ КИСТЫ III ЖЕЛУДОЧКА. ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Легздайн М. А., Павлов О. А., Свистов Д. В.
Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова
ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

г. Санкт-Петербург

Цель исследования – анализ возможности и результатов хирургического лечения коллоидных кист III желудочка при помощи эндоскопии.

Коллоидные кисты – наиболее часто встречающееся объемное образование III-го желудочка. Как правило, заболевание протекает бессимптомно до момента наступления окклюзии межжелудочковых отверстий. Вопросы минимально – инвазивных доступов особенно актуальны при глубинных образованиях головного мозга. Мы придерживаемся того взгляда, что показанием к хирургическому лечению коллоидной кисты является гидроцефалия или гипертензионный синдром. За период 2003-2016 гг. нами прооперировано 156 пациентов. Из них 155 оперированы эндоскопически. Тотальное удаление достигнуто в 95 (61,2%) случаях. Не удалена небольшая часть капсулы у 35 (22,4 %) больных, не удалена

капсула кисты у 19 (12%), не удалена часть коллоида у 7 (4,5%). 6 оперированных пациентов были дети до 17 лет, самому младшему было 2 месяца. У ряда оперированных пациентов имелся гипертензионный синдром без дилатации желудочков. Из осложнений отмечены повреждение колонок свода, приведших к расстройствам памяти у 3 пациентов; кровотечение, потребовавшее дальнейшего лечения у 1 пациента. Летальных исходов не отмечено. В трех наблюдениях произошел рецидив кисты. Следует отметить, что в 5,2% случаев пациенты оперированы по неотложным показаниям в условиях муниципального стационара.

Таким образом, мы считаем, что эндоскопический метод является методом выбора лечения пациентов с коллоидными кистами III желудочка. Узкие желудочки головного мозга не являются препятствием для эндоскопической хирургии.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Легздайн М. А., Павлов О. А., Свистов Д. В.
Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова
ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

г. Санкт-Петербург

Цель исследования

Демонстрация возможности эндоскопического удаления внутримозговых гематом различной этиологии. Материалы и методы. в 2015–2017 г. г. выполнено 28 операций эндоскопического удаления внутримозговых гематом различной этиологии. Возраст пациентов варьировал от 16 до 78 лет. Операции выполнялись в сроки от 1 до 7 суток. Сознание по шкале Глазго на день операции составляло от 10 до 15 баллов. У 20 пациентов диагностированы гипертензивные гематомы различной локализации, из них 3 пациента имели внутримозговые гематомы, связанные с коагулопатией, вызванной приемом варфарина. Из их числа у 15 пациентов были лобарные и путаменальные гематомы, у 4 пациентов — гематомы области таламуса, у 1 — гематома мозжечка. У 6 пациентов имела место ге-

мотампонада желудочков. У 5 пострадавших имели место посттравматические гематомы. Средний объем гематом составлял 50 мл. Хирургические вмешательства проводились при помощи жесткого манипуляционного нейроэндоскопа. В ходе операции в 80% случаев удалось удалить гематому тотально или субтотально. В 20% — было произведено парциальное удаление. Рецидивов геморрагий в нашей серии наблюдений не было. В представленной серии летальных исходов не было.

Выводы

Эндоскопическое удаление внутримозговых гематом у пациентов, находящихся компенсированном состоянии позволяет минимизировать летальность и улучшить функциональные исходы лечения.

РАЗВИТИЕ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ЭНДОСКОПИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Маевская Т. В., Петкевич А. А., Слободин Ю. В.
ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» УД Президента Республики Беларусь

г. Минск, Беларусь



■ Маевская Т. В.

В настоящее время эндоскопическая служба Республики Беларусь активно развивается, внедряются новые методики, осваивается новое оборудование, расширяется спектр выполняемых диагностических и лечебных эндоскопических манипуляций, в связи с чем растет потребность учреждений здравоохранения в квалифицированных специалистах. В Республике Беларусь актуальным на данный момент является вопрос подготовки квалифицированных эндоскопических кадров и, соответственно, вопрос о возможности получения врачами в первую очередь базовых навыков эндоскопических исследований без риска для пациента. В связи с этим возникает необходимость развития новых методов обучения, безопасных для пациента и высокоэффективных в плане получения соответствующих навыков и умений. Таким критериям соответствует метод симуляционного обучения, позволяющий отработать эндоскопические навыки на специализированных симуляторах непосредственно перед их выполнением на реальных пациентах. Такая практика подготовки специалистов в течение длительного времени используется в странах Европы, США, России, программы обучения во многих странах мира включают в себя симуляционное обучение как обязательный этап.

В настоящее время свое развитие симуляционное обучение в эндоскопии получает и в Республике Беларусь.

На базе симуляционного центра ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» разработана и внедрена программа симуляционного обучения врачей-эндоскопистов «Диагностическая и лечебная эндоскопия», целью которой является обучение врачей-эндоскопистов основным методикам диагностической и лечебной эндоскопии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и трахеобронхиального дерева, освоение, закрепление и отработка врачами эндоскопических навыков на виртуальном симуляторе.

Программа рассчитана на 16 часов или 80 часов занятий в зависимости от исходного уровня подготовки курсантов и включает в себя теоретическую часть в виде лек-

ций по основным вопросам эндоскопии и практическую часть в виде занятий на эндоскопическом виртуальном симуляторе CAE Healthcare/METI (США-Канада) (рис.1).

Виртуальный симулятор включает в себя 4 обучающих блока-модуля, состоящих из подмодулей с различными вариантами клинических ситуаций:

1) блок модулей бронхоскопии, позволяющий отработать методику гибкой диагностической бронхоскопии у взрослых и детей, методики взятия различных видов биопсии при бронхоскопии (щипцовая биопсия, браш-биопсия), методику бронхоальвеолярного лаважа в различных клинических ситуациях;

2) блок модулей эндоскопии верхних отделов ЖКТ, позволяющий отработать методики диагностической эзофагогастроуденоскопии (ЭГДС), методику дуоденоскопии и базовые навыки эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ), методику взятия биопсии при ЭГДС, методики различных видов эндоскопического гемостаза (инъекционный гемостаз, гемостаз методом диатермокоагуляции, гемостаз методом клипирования);

3) блок модулей эндоскопии нижних отделов ЖКТ, позволяющий отработать методики колоноскопии и сигмоскопии, методику взятия биопсии при колоноскопии, методики эндоскопической полипэктомии в толстой кишке;

4) блок модулей эндоскопии при бронхоскопии, позволяющий отработать данную методику и методику пункционной биопсии (EBUS-TBNA).

Наши результаты: За период с мая 2018 года по январь 2020 года включительно обучение на эндоскопическом симуляторе нашего симуляционного центра прошло 118 курсантов, из которых 69 курсантов прошли цикл первичной специализации по эндоскопии на базе Белорусской медицинской академии последипломного образования (БелМАПО) и освоили 16 часовую программу «Диагностическая и лечебная эндоскопия», 49 курсантов занимались на эндоскопическом симуляторе по 8 часов в рамках курсов повышения квалификации БелМАПО.

Из 69 курсантов, проходивших первичную специализацию по специальности «Эндоскопия», 49 (71%) врачей не имели навыков работы с эндоскопическим оборудованием, прохождение нашей программы для них являлось наиболее актуальным. 30 (29%) врачей имели навыки работы с эндоскопическим оборудованием различной степени и при прохождении программы повышали свой профессиональный уровень. На эндоскопическом симуляторе курсанты освоили, отработали и закрепили основные диагностические и лечебные эндоскопические методики,



такие как ЭГДС, дуоденоскопия, колоноскопия, сигмоскопия, бронхоскопия, методики взятия биопсии, методики эндоскопического гемостаза, методики эндоскопической полипэктомии.

Теоретическая часть программы включала в себя лекции по вопросам техники проведения эндоскопических манипуляций, эндоскопической нормальной анатомии, эндоскопической семиотики при различных патологических состояниях и заболеваниях ЖКТ и трахеобронхиального дерева.

Формой итоговой аттестации после прохождения нашей программы являлся зачет, успешно сданный курсантами.

Курсанты, прошедшие 16 часовой цикл симуляционного обучения в нашем центре в рамках четырехмесячной

переподготовки по специальности «Эндоскопия», активно используют полученные навыки в своей практической деятельности.

Заключение

В настоящее время симуляционное обучение в эндоскопии внедряется и активно развивается и в Республике Беларусь, позволяет курсантам без риска для пациентов отработать технику эндоскопических манипуляций, получить клинический опыт в различных моделируемых ситуациях. Данный метод обучения эффективен для развития у врачей-эндоскопистов необходимых навыков и умений и позволяет подготовить их к самостоятельной работе с пациентами.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СШИВАЮЩЕГО УСТРОЙСТВА APOLLO OVERSTITCH В НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ В ЭНДОСКОПИИ

Митракова Н. Н.^{1,3}, Митраков А. А.^{2,3}, Канцевой С. В.⁴

¹ Поволжский Государственный Технологический Университет, г. Йошкар-Ола

² ГБУЗ НО Нижегородский Областной Клинический Онкологический Диспансер, г. Нижний Новгород

³ Приволжский Исследовательский Медицинский Университет, г. Нижний Новгород

⁴ Mercy Hospital, Baltimore, USA

Минимально-инвазивные технологии в хирургии получили широкое развитие в последние годы. Особенно активно развиваются технологии внутрисветовой эндоскопической хирургии, обладающие такими преимуществами как малоинвазивность, органосохранность, короткий период реабилитации и низкий уровень осложнений. Вместе с тем наряду с увеличением перечня и объемов внутрисветовых оперативных вмешательств, отмечается увеличение частоты нежелательных ситуаций — таких как перфорация, кровотечение, миграция стента и др. Кроме того, остается ряд открытых вопросов, касающихся, в частности, профилактики интра- и послеоперационных осложнений, возможности внутрисветового ушивания послеоперационных дефектов слизистой оболочки или перфорационного отверстия.

Существует ряд технологий, позволяющих врачу-эндоскописту ушивать перфорационное отверстие — стандартные клипсы, T-tags, OTSC и др.

Сшивающее устройство Apollo Overstitch в настоящее время является единственным доступным на рынке инструментария внутрисветовой эндоскопии. Одним из основных преимуществ данного устройства является возможность создания непрерывного шва, который может быть применен в различных областях эндоскопии.

Ушивание перфорации

Сшивающее устройство Apollo Overstitch позволяет накладывать непрерывный шов в случае полностенной перфорации пищевода, желудка, 12перстной и толстой кишки. Существует множество публикаций, описывающих эффективность применения сшивающего устройства как в экспериментах на животных, так и в клинической практике.

Фиксация стента

Покрытые саморасправляющиеся стенты применяются в клинической практике для закрытия перфорационных отверстий, лечения несостоятельности анастомоза и стриктур ЖКТ. Покрытие стента облегчает последующее его извлечение, однако увеличивает при этом риск его миграции. Исследования показали существенное уменьшение частоты миграции стента при его фиксации сшивающим устройством (35% вместо 55%) (Sharaiha RZ, et al. Esophageal Stenting With Sutures: Time to Redefine Our Standards? J Clin Gastroenterol 2015).

Ушивание свища/несостоятельности

В настоящее время происходит накопление опыта эндоскопического ушивания при свищевом отверстии и несостоятельности анастомоза (преимущественно при бариатрических операциях). Существует ряд публикаций, описывающих успешные случаи эндоскопического лечения фистулы как при бариатрических операциях, так и для лечения пищевода-плевральных свищей. Кроме того, сшивающее устройство применяется как вспомогательный метод лечения для закрытия свища после извлечения гастростомической трубки.

Ушивание дефектов слизистой оболочки после ЭДПС

В связи с широким развитием различных видов эндоскопической резекции новообразований ЖКТ, остро стоит вопрос профилактики различных осложнений, сокращения срока госпитализации. Исследования показали высокую эффективность эндоскопического ушивания послеоперационных дефектов в профилактике таких осложнений, как кровотечение, перфорация и стеноз.

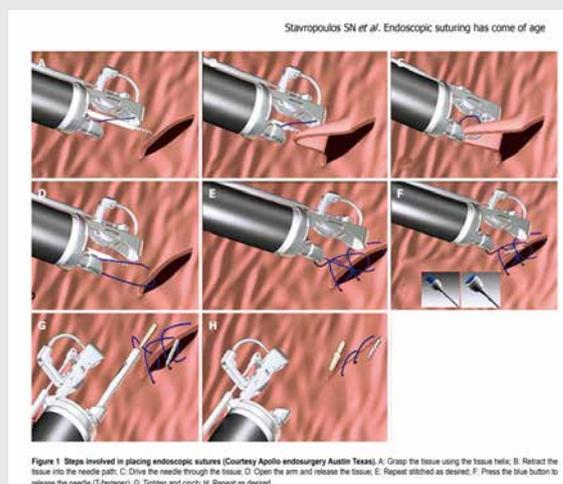


Рис 1. Ушивание перфорационного отверстия сшивающим устройством Apollo Overstitch

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КЛИНИЧЕСКИ ЛОКАЛИЗОВАННЫМ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ

Филимонова Е. С.^{1,2}, Алешкевич А. И.²

¹ УЗ «МГКОД»

² УО «БГМУ», кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

г. Минск, Беларусь

Введение

Разработка оптимальных подходов оперативной техники, совершенствование анестезиологического пособия и изучение иммунологических механизмов при выполнении оперативного вмешательства способствовали широкому внедрению органосохраняющих операций как наиболее рационального способа лечения пациентов с ПКР на ранней стадии заболевания [1, 2].

Цель исследования

Разработка комплексной оценки опухоли почки для определения степени сложности выполнения малоинвазивного метода органосохраняющей операции (энуклеорезекции) при клинически локализованном почечно-клеточном раке с помощью данных мультиспиральной компьютерной томографии.

Материал и методы

Материалом для клинического исследования послужили результаты диагностики оперативного лечения 130 пациентов с клиническим диагнозом — опухоль почки (T1N0M0), прооперированных в период с 2014 по 2019 годы. Все исследования в условиях онкологического диспансера выполнялись на рентгеновском компьютерном томографе (фирма «General Electric (GE Healthcare)», модель СТ660, 64-спиральная система с технологией «IQ Enhance»).

Результаты

По данным логистического регрессионного анализа установлено, что разработанные дифференциально-диагностические показатели нефрометрической оценки опухоли почки, такие как максимальный размер опухоли,

пространственная локализация и характер роста новообразования, наличие плотной неповрежденной опухолевой фиброзной оболочки, а также плотностные характеристики узла и компрессия чашечно-лоханочной системы почки являются основными критериями обоснования технической возможности выполнения энуклеорезекции или классической резекции почки.

Выявлено, что использование разработанного нефрометрического комплекса оказало статистически значимое влияние на уменьшение времени хирургического вмешательства ($U=53,0$, $p<0,001$), продолжительность тепловой ишемии ($F=0,1$, $p=0,008$), объем интраоперационной кровопотери ($U=226,5$, $p<0,001$), частоту конверсии метода операции ($p<0,05$), а также повлияло на улучшение показателей функционального состояния почечной ткани в различные сроки наблюдения за пациентами после операции (ранний: $U=354,5$, $p=0,035$, поздний: $U=343,0$, $p=0,024$ и отдаленный: $U=288,0$, $p=0,004$ соответственно), учитывая различный подход при выполнении органосохраняющей операции.

Заключение/выводы

Достигнуты высокие эквивалентные показатели безрецидивной и опухолевоспецифической выживаемости в подгруппах наблюдения, в которых выполнялись резекция и энуклеорезекция почки.

В исследуемой группе общая 1-летняя выживаемость составила 100% с момента выполнения органосохраняющей операции. Скорректированная 1-летняя выживаемость составила 99,2%. Возврат заболевания отмечен у 4 (3,1%) пациентов. Безрецидивная 1-летняя выживаемость составила — 99,2% (доля пациентов с рецидивом — 0,8%).

Список литературы:

1. Guideline for management of the clinical T1 renal mass / S.C. Campbell [et al.] // J. Urol.— 2009.— Vol. 182.— P. 1271–1279.
2. Lavalley, L.T. Surgical management of stage T1 renal tumours at Canadian academic centers / L. T. Lavalley, S. Tanguay, M. A. Jewett // Can. Urol. Assoc. J.— 2015.— Vol. 9, № 3–4.— P. 99–106.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ВЗГЛЯД С ПОЗИЦИЙ ЭНДСКОПИСТА И ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА

Ушаева Л. А., Гриневич В. Б., Педь В. И.

ФГКУЗ «2 Военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации», г. Пятигорск

г. Пятигорск

Актуальность

Метаболический синдром — одна из самых актуальных и в то же время спорных проблем клинической медицины. Совершенно очевидно, что ожирение, артериальная гипертензия, атерогенная гипер- и дислипидемия, сахарный диабет 2 типа связаны общим патогенезом и являются звеньями одной цепи. Распространенность метаболического синдрома неуклонно нарастает. Метаболический синдром является фактором риска многих, особенно сердечно-сосудистых заболеваний.

Состояние органов пищеварения и их роль в развитии метаболического синдрома мало изучены и практически не известны клиницистам, в то время как эти органы имеют непосредственное отношение к развитию метаболического синдрома и нередко сами становятся органами-мишенями (Звенигородская Л. А. и соавт., 2007; Ткаченко Е. И. и соавт., 2008; Звягинцева Т. Д. и соавт., 2009).

Формирование метаболического синдрома при болезнях органов пищеварения знаменательно тем, что гастроэнтерологические заболевания, имея общие с ним патогенетические детерминанты, могут являться как ранними клиническими эквивалентами инсулинорезистентности, так и средством нивелирования его проявления.

Основные патогенетические составляющие развития метаболического синдрома тесно связаны с дисфункцией гормонов пищевого поведения. Избыточная активация липидной триады (инициация перекисного окисления липидов, фосфолипаз и детергентное воздействие желчных кислот) и стрессовых медиаторов — катехоламинов, включая гиперсекрецию глюкагона и кортизола, ведут к прогрессирующим нарушениям метаболизма, сочетающимся со снижением резистентности слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, толстого кишечника, нарушением моторной функции пищеварительного тракта (Егорова Е. Г., Звенигородская Л. А., Лазебник Л. Б., 2005; Ткаченко Е. И., Успенский Ю. П., Белоусова Л. Н. и др., 2008).

Клинические проявления со стороны органов пищеварения у больных с метаболическим синдромом могут быть самыми разнообразными, характерным является наличие «синдрома перехлеста», обусловленного полиорганной патологией.

Избыточная масса тела и ожирение как проявления метаболического синдрома являются факторами риска развития гастро-эзофагальной рефлюксной болезни



■ Ушаева Л. А.

(Лазебник Л. Б., Звенигородская Л. А., 2009). У пациентов с ожирением повышена предрасположенность к возникновению диафрагмальных грыж и механическому повреждению гастроэзофагеального соединения, что возникает на фоне повышенного интрагастрального давления и повышенного градиента давления между желудком и пищеводом, а также вследствие растяжения проксимального отдела желудка. При ожирении частота постпрандиальных спонтанных релаксаций нижнего пищеводного сфинктера увеличивается даже при отсутствии диафрагмальных грыж, незрозивной гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни и рефлюкс-эзофагита. Это подтверждает данные о том, что ожирение следует считать важным фактором риска гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни и пищевода Барретта (Губергриц Н. Б., Беляева Н. В., Клочков А. Е. и др., 2017).

Актуальной задачей современных исследований является поиск причин мультисистемности проявлений гастро-эзофагальной рефлюксной болезни (Grossi L. с соавт., 2001). Особый интерес в этой связи приобретают работы, посвященные изучению метаболизма оксида азота у больных гастро-эзофагальной рефлюксной болезнью с учетом многогранности эффектов и важной роли последнего в регуляции моторики пищевода и желудка (Ивашкин В. Т., Трухманов А. С., 2000; Стариков В. Н., 2004; Вейак М. J. с соавт., 2003).

Всестороннее изучение гастро-эзофагальной рефлюксной болезни невозможно без оценки патогенетического действия дуодено-гастрального рефлюкса — важнейшего механизма развития одного из грозных осложнений заболевания — пищевода Барретта. Именно в пищеводе максимально реализуются агрессивные эффекты дуодено-гастрального рефлюкса, обусловленные детергентным действием желчи, лизолецитина, фосфолипаз и других факторов (Гриневич В. Б., Саблин О. А., 2004).

Особенностью гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни у больных с ожирением в рамках метаболического синдрома является атипичное течение заболевания с преобладанием диспептических расстройств (отрыжка съеденной пищей или воздухом, горечь во рту, тошнота, срыгивание, периодическая икота и отсутствие изжоги), а также наличие внепищеводных проявлений (ночной кашель, осиплость голоса, бронхиальная астма). Характерно отсутствие параллелизма между клиническими, эндоскопическими и морфологическими изменениями и наличием высокого процента осложнений гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни, таких как пищевод Барретта. Без коррекции массы тела больного отсутствует стойкая ремиссия заболевания.

По данным литературы, более чем у 50% пациентов с метаболическим синдромом при эндоскопическом исследовании выявляются единичные или множественные эрозии пищевода. Эндоскопически негативная гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь обнаруживается в 12% случаев. У каждого третьего больного обнаруживается лейкоплакия пищевода или гликогенный акантоз (Егорова Е.Г., Звенигородская Л.А., Лазебник Л.Б., 2005; Ткач С.М., 2009; Wu J., Mui I., Cheung C., 2007).

При скрининге пациентов с язвенной болезнью 50% из них имеют повышенное артериальное давление, что в определенной мере подтверждает наличие общих этиологических моментов в развитии метаболического синдрома и язвенной болезни. Стрессорное, преимущественно адренергическое воздействие в условиях неадекватной парасимпатической регуляции способно вызвать спастические состояния артерий желудка и двенадцатиперстной кишки и привести к спонтанной кислотопродукции. Важную роль в реализации стрессорного язвообразования в желудке играет состояние стресс-лимитирующих систем (простагландинов, оксид азота, антиоксидантной системы и др.) в желудке и степень их активации при стрессе. При стрессе уменьшается продукция оксида азота в желудке, и это, является ключевым звеном патогенеза адренергических ишемических язвенных поражений желудка (Гриневиц В.Б., 2006). Согласно результатам исследований Коротько В.Г. и соавт. (2003), для больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с неосложненным течением характерен значительный приток крови к органам брюшной полости при наличии выраженного спазма артериол. Беспорядочная продукция соляной кислоты и пепсина, неадекватное ощелачивание и муцинообразование являются основой добактериальной деструкции слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. В последующем слизистую оболочку желудка заселяет кислотозависимая *Нр*, кратер язвы патогенная микрофлора.

По мнению Коротько В.Г. сочетание вегетативного дисбаланса с вазоспастическим симпатическим компонентом и гастрининдуцированной кислотопродукцией в итоге приводят к ульцерогенезу.

Сочетание язвенной болезни и метаболического синдрома приводит к изменению клинического течения заболевания. Для нее характерно редкорецидивирующее течение с уменьшением длительности рецидива заболевания, в среднем до 15–17 суток. Абдоминальный синдром имеет следующие клинические особенности: маломанифестная форма, атипичность болевого синдрома с преобладанием панкреатоподобного варианта течения; редкая встречаемость поздних, ночных и тощаковых болей, отсутствие типичной реакции на лекарственную терапию.

Для язвенной болезни, ассоциированной с метаболическим синдромом характерны следующие эндоскопические признаки: поверхностная глубина, меньшая площадь язвенного дефекта, полные зрелые эрозии тела желудка и/или антрального отдела желудка, фолликулярные изменения антрального отдела желудка.

Наличие полных зрелых эрозий в антральном отделе и теле желудка одинаково характерно для язвенной болезни в сочетании с метаболическим синдромом и для изолированного метаболического синдрома и, по-видимому, как симптом циркуляторно-гипоксических расстройств в тканях желудка является маркером метаболических нарушений у больных.

Изменения толстого кишечника у больных с метаболическим синдромом проявляются нарушением моторики, дивертикулезом, эрозивным поражением. Наиболее часто указанные изменения локализуются в селезеночном изгибе и нисходящем отделе ободочной кишки (Егорова Е.Г., Звенигородская Л.А., Лазебник Л.Б., 2005). Учитывая тот факт, что исходом метаболического синдрома является ускоренное развитие атеросклероза и его клинических проявлений, одной из основных причин патологического состояния кишечника является хроническое циркуляторно-гипоксическое поражение слизистой оболочки и других слоев, приводящее к развитию ишемического колита.

Клинически поражение толстого кишечника у больных с метаболическим синдромом проявляется метеоризмом, схваткообразными болями в животе, упорными запорами.

Таким образом, метаболический синдром представляет собой вариант полиморбидности и требует мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению. Пациент с метаболическим синдромом может оказаться на приеме у врачей разных специальностей: кардиолога, гастроэнтеролога, эндоскописта, эндокринолога и прочих. И задача врачей как можно раньше остановить каскад патологических реакций «смертельного квартета».

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ДИССЕКЦИИ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ ПРИ УДАЛЕНИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ РОТОГЛОТКИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

Шишин К. В., Недолужко И. Ю., Шумкина Л. В., Черникова Е. Н., Канищев И. С.
ГБУЗ МКНЦ имени А. С. Логинова ДЗМ

г. Москва

Введение

Эндоскопическая диссекция в подслизистом слое является перспективным методом удаления эпителиальных, а также подслизистых новообразований рото- и гортаноглотки. В сравнении с традиционными хирургическими вмешательствами, данный метод является малоинвазивным, а также позволяет сохранить глотательную и голосовую функции. Однако узкое пространство данной анатомической области затрудняет применение эндоскопической подслизистой диссекции, в связи с чем применение данного метода не получило широкое распространение.

Материалы и методы

В период с января 2018 по декабрь 2019 в отделении оперативной эндоскопии МКНЦ им. А. С. Логинова восьми пациентам была выполнена эндоскопическая диссекция в подслизистом слое по поводу эпителиальных (2 клинических наблюдения) и подслизистых (7 клинических наблюдений) новообразований рото- и гортаноглотки.

Комплексное обследование на дооперационном периоде включало в себя базовую лабораторную и инструментальную оценку соматического состояния пациента, а также выполнение ларингоскопии и МСКТ с контрастированием органов головы и шеи.

Анатомические локализации новообразований распределены следующим образом: голосовые складки (2 пациента), язычная часть надгортанника (2 пациента), правое подчёрпаловидное пространство (1 пациент), граница левого желудочка и вестибулярной складки (1 пациент), передняя комиссура (1 пациент), левая черпаловидная складка (1 пациент), граница задней стенки гортани и боковой стенки ротоглотки (1 пациент).

Во всех случаях после тщательного осмотра границ новообразования была выполнена их разметка, с последующей подслизистой инъекцией крахмалсодержащего раствора с добавлением индигокармина. После формирования удовлетворительного «слоя», выполнялось удаление новообразования путем диссекции в подслизистом слое. Заключительным этапом операции являлась оценка состояния зоны оперативного вмешательства, а также выполнение дополнительного гемостаза по необходимости.

С целью оценки состояния зоны оперативного вмешательства, а также наличия/отсутствия рецидива или про-

грессирования заболевания выполнялась контрольная ларингоскопия через 1, 3 и 12 месяцев.

Результаты

Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 93,9 мин. В трех клинических наблюдениях эндоскопическое удаление новообразований было дополнено формированием трахеостомы, что обусловлено особенностями анатомической локализации данных новообразований.

Среднее количество дней госпитализации составило 4,7 дней. Только в одном случае, в послеоперационном периоде развилось осложнение — эмфизема мягких тканей шеи, которое потребовало консервативной терапии.

Во всех клинических наблюдениях, по данным заключительного гистологического исследования, было достигнута радикальность оперативного вмешательства R0. При этом у одного из пациентов по данным патоморфологического было подозрение на лимфоваскулярную инвазию. В связи с чем в плановом порядке была выполнена лимфодиссекция с ипсилатеральной стороны. Гистологически в лимфатических узлах клетчатки шеи метастазов не обнаружено.

Данные заключительных гистологических исследований: плоскоклеточный рак гортани T1aN0M0–2 клинические наблюдения, эпидермоидная киста надгортанника — 1 клиническое наблюдение, сакулярная ларингеальная киста — 1, простая киста голосовой складки — 1, онкоциктарная папиллярная цистаденома гортани — 1, кавернозная гемангиома гортани — 1, липома гортани — 1, тонзиллярная киста — 1.

В трех клинических наблюдениях контрольная ларингоскопия выполнялась через 1,3 и 12 месяцев, еще в трех клинических наблюдениях — через 1,3 месяца, в остальных двух — через 1 месяц. Данных за рецидив либо прогрессирование заболевания не выявлено. Продолжается наблюдение за пациентами.

Выводы

Методика эндоскопической диссекции в подслизистом слое расширяет возможности радикального малоинвазивного удаления новообразований рото- и гортаноглотки, а также позволяет сохранить глотательную и голосовую функции.

АККРЕДИТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ. НАВСТРЕЧУ 2021 ГОДУ

Дуванский В. А.

ФГБУ «ГНЦ лазерной медицины им. О.К. Скобелкина ФМБА России»,
каф. эндоскопии, эндоскопической и лазерной хирургии Российского университета дружбы народов,
руководитель комитета по образованию Правления «Российского эндоскопического общества РэндО»

📍 г. Москва

Аккредитация специалиста — независимая процедура, проводимая в целях определения соответствия квалификации лица, получившего медицинское или фармацевтическое образование, требованиям к квалификации медицинского/фармацевтического работника в соответствии с профессиональными стандартами для самостоятельного осуществления медицинской или фармацевтической деятельности. Ее внедрение определено приказами Министерства здравоохранения РФ: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 25 февраля 2016 г. N127н «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов»; Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 июня 2016 года N334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов».

До 1 января 2016 года допуском к профессиональной деятельности медицинских и фармацевтических работников являлась процедура сертификации специалиста: после окончания вуза выпускник должен был пройти обучение в интернатуре или ординатуре с последующей сертификацией и допуском к профессиональной деятельности на 5 лет; в течение пятилетнего периода он должен был пройти обучение на цикле повышения квалификации с последующей сертификацией и опять мог быть допущен к профессиональной деятельности на пятилетний срок; для получения новой квалификации специалист мог пройти профессиональную переподготовку с последующей сертификацией и допуском к новому виду профессиональной деятельности также на 5 лет.

С 1 января 2016 года внедряется новая процедура допуска к профессиональной деятельности — аккредитация специалиста.

Переход к процедуре аккредитации специалистов осуществляется поэтапно с 1 января 2016 года по 31 декабря 2025 года включительно (Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с изменениями, внесенными ФЗ от 29.12.2015 № 389-ФЗ, приказ Минздрава России от 25.02.2016 № 127н):

I этап — с 1 января 2016 года: выпускники вузов, освоившие после 1 января 2016 года программы высшего образования в соответствии с Федеральными государственными образовательными стандартами (далее — ФГОС) по специальностям «Стоматология» и «Фармация» (уровень специалитета);

II этап — с 1 января 2017 года: выпускники вузов, освоившие после 1 января 2017 года другие программы выс-

шего медицинского образования в соответствии с ФГОС (уровень специалитета);

III этап — с 1 января 2018 года: — лица, освоившие после 1 января 2018 года программы высшего медицинского и фармацевтического образования в соответствии с ФГОС (уровень ординатуры); — лица, освоившие после 1 января 2018 года программы профессиональной переподготовки. Этот этап был перенесен на 1 января 2019 года Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «О внесении изменений в сроки и этапы аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 декабря 2017 г. № 1043н».

Приказом Минздрава России от 21.12.2018 № 898н внесены изменения в сроки и этапы аккредитации медицинских специалистов (утверждены приказом Минздрава РФ 1043н от 22.12.2017 г.), согласно которым:

- с 1 января 2019 года аккредитацию пройдут выпускники ординатур по 6 специальностям: «Неврология», «Кардиология», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Онкология», «Педиатрия», «Терапия», а также лица, прошедшие по тем же специальностям профессиональную переподготовку (программа ПП должна быть разработана на основании установленных квалификационных требований, профстандартов и требований, соответствующих ФГОС ВО (уровень ординатуры) к результатам освоения образовательных программ).

- с 1 января 2020 года аккредитацию пройдут лица, получившие после 1 января 2020 года дополнительное профессиональное образование по программам профессиональной переподготовки, разработанным на основании установленных квалификационных требований, профессиональных стандартов и требований соответствующих федеральных государственных образовательных стандартов среднего профессионального и (или) высшего образования к результатам освоения образовательных программ

IV этап — с 1 января 2021 года: иные лица, не прошедшие процедуру аккредитации специалистов на этапах I–III.

В рамках подготовки к первичной специализированной аккредитации специалистов в 2020 году по мере готовности открываются репетиционные экзамены для подготовки к первому этапу аккредитации по различным специальностям. Пройти репетиционное тестирование вы можете на сайте Федерального методического центра аккредитации в разделе «Первичная специализированная аккредитация» http://fmza.ru/fos_primary_specialized/

Согласно приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 34н от 20 января 2020 г. внесены изменения в Положение об аккредитации специалистов, утвержденное приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июня 2016 г. № 334н. Они включают следующее:

Первичная аккредитация включает следующие этапы: тестирование; оценка практических навыков (умений) в симулированных условиях; решение ситуационных задач (для лиц, получивших высшее медицинское образование по одной из специальностей укрупненной группы специальностей «Клиническая медицина»).

Первичная специализированная аккредитация лиц, имеющих высшее медицинское или высшее фармацевтическое образование, включает следующие этапы: тестирование; оценка практических навыков (умений) в симулированных условиях и (или) решение ситуационных задач (далее — практико-ориентированный этап). Число практических заданий и ситуационных задач в рамках проведения практико-ориентированного этапа устанавливается отдельно для каждой медицинской или фармацевтической специальности Координационным советом Министерства здравоохранения

Российской Федерации по кадровой политике по предложению Методического центра аккредитации специалистов. При этом суммарное число практических заданий и ситуационных задач для каждой медицинской или фармацевтической специальности должно быть не менее пяти,

Периодическая аккредитация включает в себя один этап — оценку портфолио.

Специалисты, прошедшие «последнюю» сертификацию до 1 января 2016 года, после истечения срока полученного сертификата еще однократно будут допускаться к профессиональной деятельности через процедуру сертификации специалиста. При этом сертификаты специалиста, выданные медицинским и фармацевтическим работникам до 1 января 2021 года, действуют до истечения, указанного в них срока.

Аккредитация специалистов проводится комиссией в помещениях образовательных и (или) научных организаций, реализующих программы медицинского (фармацевтического) образования. Аккредитационные комиссии формируются Минздравом по специальностям, по которым проводится аккредитация, с участием профессиональных некоммерческих организаций.

НОВЫЙ ФОРМАТ ENDO-STARS: ОНЛАЙН-КУРСЫ



Посмотреть обучающие видео с
Онлайн-Курсов Эндо Старс:



Программа курса учитывает
интересы участников — вопросы
принимаются заранее:



В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТРЕНИНГ-КУРСЫ ENDO STARS ПРОХОДЯТ В ОНЛАЙН ФОРМАТЕ

- Захват видео происходит с эндоскопа и из зала тренинг-центра — это дает возможность детально продемонстрировать важные детали манипуляции эндоскопом и эндоскопическим инструментом;
- На практической части обучения эксперт проводит манипуляции на биологических моделях — это позволяет без ущерба для процедуры многократно отрабатывать нужные навыки.

4,5 часа



1,5 часа теории и 3 часа практики

ПОЛНАЯ ЛИНЕЙКА
ПРОДУКЦИИ ДОСТУПНА В
КАТАЛОГЕ ENDO STARS

