

РОССИЙСКОЕ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО



актуальные вопросы
Эндоскопии
Санкт-Петербург

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ КОНФЕРЕНЦИИ

VII ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«Актуальные вопросы эндоскопии 2016»

НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ ЭНДОСКОПИИ

24-25 марта 2016
Санкт-Петербург

rusendo.ru | эндоскопия.рф

Генеральный
партнер

OLYMPUS

Генеральные спонсоры:



PENTAX
MEDICAL

MTW
Endoskopie Manufaktur



Спонсоры:

FUJIFILM



БЕСПЛАТНАЯ ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ: 8 (800) 555-56-57

Первый эндоскопический
клипс-аппликатор российского
производства



Лучшее предложение
по соотношению
цена / качество

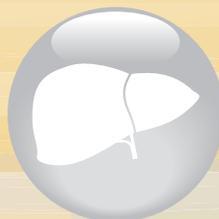


Многократное
закрытие,
раскрытие
клипсы



Вращение
клипсы на
360°

made in Russia



...all you need for endoscopy!

www.endo-stars.ru

РОССИЙСКОЕ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО



актуальные вопросы
Эндоскопии
Санкт-Петербург

О Р Г А Н И З А Ц И О Н Н Ы Й К О М И Т Е Т

РОССИЙСКОЕ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО



Российское эндоскопическое общество

Тел: +7 812 635 6564
endo@rusendo.ru

www.endoscopia.ru



центр деловых контактов
и сотрудничества

ООО «Центр деловых контактов и сотрудничества»

Тел: +7 (812) 635 7016, 635 7015,
endo@cdkscenter.ru

Для корреспонденции:
194295, Санкт-Петербург, а/я 36



Комитет по здравоохранению
Санкт-Петербурга



Эндоскопическая секция
хирургического общества Пирогова,
Санкт-Петербург



Санкт-петербургский
государственный педиатрический
медицинский университет



Городская Мариинская
больница, Санкт-Петербург



Ленинградская областная
клиническая больница



Клиническая больница №122
им. Л.Г. Соколова ФМБА России



«Клиническая эндоскопия»
научно-практический журнал

**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**



Дорогие участники конференции!

Время стремительно и неумолимо. Оно расставляет все по своим местам. Важное остается, ненужное уходит. В этом году нашей конференции «Актуальные вопросы эндоскопии» уже семь лет.

За эти годы мы все повзрослели, и прежде всего, в профессиональном плане Вы выросли, дорогие участники конференции. Сегодня можно констатировать, что основная цель нашей конференции достигнута. Это, прежде всего, обучение, знакомство с новыми технологиями, обмен опытом, теплое дружеское общение.

Очень приятно видеть, как многие участники нашей конференции стали прекрасными специалистами, владеющими практически всеми эндоскопическими методиками. Многие из Вас обучают молодых врачей, передавая им свой опыт и знания. Это очень хорошо видно по тем докладам и тезисам, которые имеют место на нашей конференции.

Благодаря Вам первенство России по эндоскопии является уникальным учебным проектом, где представлены интересные клинические случаи, которые показывают Ваше профессиональное мастерство.

Ваши профессиональные успехи постоянно поднимают престиж нашей любимой специальности — эндоскопии. Сегодня, понимая значение эндоскопии, наша конференция пользуется заслуженным вниманием наших коллег: гастроэнтерологов, хирургов, онкологов, терапевтов, педиатров. Только в совместной работе с ними мы достигнем еще больших профессиональных успехов в лечении наших пациентов.

В прошлом году на конференции присутствовало около 1000 участников из 70 регионов нашей страны и 16 стран. Хочется поблагодарить наших зарубежных коллег, особенно ведущих мировых экспертов, которые все более активно принимают участие в нашей конференции, помогая нам осваивать новые диагностические и лечебные эндоскопические методики. Мне очень приятно слышать от зарубежных коллег и представителей различных фирм, производящих эндоскопическое оборудование, о возросшем уровне отечественной эндоскопии, что является несомненно Вашей заслугой. За что Вам огромное спасибо!

Приятно видеть что наши ежегодные встречи в Санкт-Петербурге проходят в теплой, дружеской обстановке. Видеть встречи друзей, единомышленников и коллег. Общение на нашей конференции в эти весенние дни дает заряд оптимизма и уверенности, что вместе мы способны на многое, и наша специальность эндоскопия будет только развиваться на благо нашим пациентам.

Хочется пожелать всем участникам конференции здоровья, здоровья Вашим близким, профессиональных успехов в работе, осуществления всех мечтаний, и удачи в нашем не простом, но очень благородном деле — лечении больных.

Хочется поблагодарить наших постоянных партнеров, фирм-участников нашей конференции, которые помогают нам в ее проведении, знакомят нас с новыми техническими достижениями в эндоскопии. Большое спасибо нашему постоянному партнеру Центру Деловых Контактв и Сотрудничества, которые помогают организаторам конференции в ее проведении.

Правление Российского эндоскопического общества желает всем успешной и плодотворной работы на конференции.

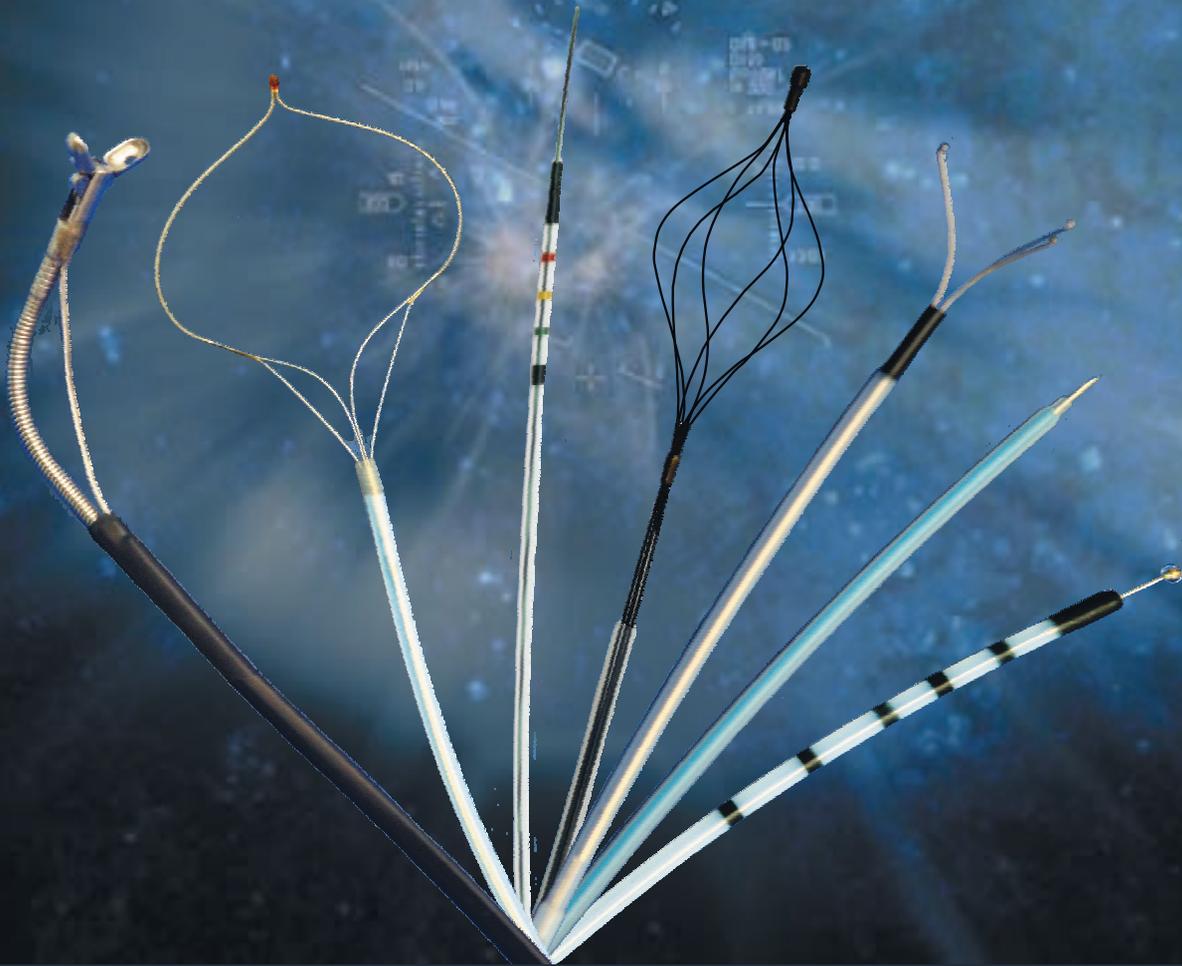
Председатель Российского
эндоскопического общества
М. Королёв



М. П. Королёв



Инструменты для гибких эндоскопов



Эксклюзивный дистрибьютор в России ООО «Делга-Медис»

Компания MTW-Endoskopie была основана в 1974 году в Германии, в городе Везель, недалеко от Дюссельдорфа. Со дня своего основания MTW-Endoskopie занимается исключительно разработкой и выпуском эндоскопического инструментария. Особое внимание в компании уделяется многоступенчатой системе контроля качества выпускаемых изделий. К концу 2012 года MTW-Endoskopie насчитывает свои представительства в 59 странах мира, включая страны Европы, Россию, Корею, Китай и Японию. В ассортимент выпускаемой продукции входят более 1600 моделей инструментов. В число постоянных клиентов компании входят ведущие мировые специалисты по эндоскопии. Своей сильной отличительной особенностью компания выделяет изготовление эксклюзивных позиций по индивидуальным потребностям врача. ООО «Делга-Медис» представляет компанию MTW-Endoskopie с 2005 года и является эксклюзивным дистрибьютером в России.

ООО «Делга-Медис»
194044, Санкт-Петербург, ул. Чугунная, д. 2а, лит. А
тел/факс: (812) 591-70-72
e-mail: mtw@pkdelga.com <http://www.mtw-endoskopie.ru>

СОДЕРЖАНИЕ

Доброкачественные заболевания пищевода у детей и взрослых	9
Доброкачественные заболевания желудка у детей и взрослых	83
Заболевания трахеи и бронхов у детей и взрослых	155
Острый и хронический панкреатит	207
Кровотечения из нижних отделов ЖКТ у детей и взрослых	279
Вопросы организации эндоскопической помощи	339
Разное	

Организация Конференции:



ООО «Центр деловых контактов и сотрудничества»

+7 (812) 635 70 15, +7 (812) 635 70 16

info@cdkscenter.ru

www.cdkscenter.ru

194295, Санкт-Петербург, а/я 36

Порядок проведения
 VII научно-практической конференции «Актуальные вопросы эндоскопии»
 «Настоящее и Будущее эндоскопии»

24 МАРТА (четверг)

Конгресс-холл «Московский» (1-й этаж)

8.00 – 9.00	РЕГИСТРАЦИЯ УЧАСТНИКОВ КОНФЕРЕНЦИИ
9.00 – 9.10	ПРИВЕТСТВЕННЫЕ СЛОВА, ОТКРЫТИЕ КОНФЕРЕНЦИИ Почетные председатели Конференции: Балалыкин А.С., Галлингер Ю.И., Поддубный Б.К.
9.10 – 11.55	СЕКЦИЯ I: ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ Модераторы: Королев М.П., Thomas Roesch, Федоров Е.Д.
	 Прямая трансляция из операционной (1 час)
12.55 – 15.30	СЕКЦИЯ II: ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ Модераторы: Федоров Е.Д., Нечипай А.М., Королев М.П., Короткевич А.Г.
	 Прямая трансляция из операционной (1 час)
16.00 – 18.00	VI ПЕРВЕНСТВО РОССИИ ПО ЭНДОСКОПИИ «Лучший клинический случай»

зал Петров-Водкин (2-й этаж)

10.00 – 16.00	СЕКЦИЯ ДЛЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ СЕСТЕР
---------------	--

фойе Левинсон (2-й этаж)

11.00 – 17.00	РАБОТА ТРЕНИНГ-ЗОНЫ
---------------	----------------------------

25 МАРТА (пятница)

зал Петров-Водкин (2-й этаж)

10.00 – 14.00	HANDS-ON TRAINING для эндоскопических сестер Практические занятия по освоению новых навыков
---------------	---

Конгресс-холл «Московский» (1-й этаж)

9.00 – 10.00	СЕКЦИЯ III: ЗАБОЛЕВАНИЯ ТРАХЕИ И БРОНХОВ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ Модераторы: Соколов В.В., Новиков В.Н., Кузьмин-Крутецкий М.И., Муравьев В.Ю.
10.00 – 15.00	СЕКЦИЯ IV: ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ Модераторы: Неустроев В.Г., Котовский А.Е., Федоров Е.Д., Старков Ю.Г.
	 Прямые трансляции из операционной (2 часа)
15.15 – 16.25	СЕКЦИЯ V: КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ Модераторы: Веселов В.В., Агапов М.Ю., Филин А.В., Панфилова В.Н.
16.35 – 17.30	СЕКЦИЯ VI: НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ Модераторы: Королев М.П., Федоров Е.Д., Дуванский В.А., Князев М.В.
17.30 – 17.40	Заключительное слово

фойе Левинсон (2-й этаж)

09.30 – 17.00	РАБОТА ТРЕНИНГ-ЗОНЫ
---------------	----------------------------

РАСПИСАНИЕ РАБОТЫ ТРЕНИНГ-ЗОНЫ
Фойе Левинсон (2-й этаж)



МЕТОДИКА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДА
САМОРАСШИРЯЮЩИМИСЯ НИТИНОЛОВЫМИ СТЕНТАМИ
МЕТОДИКА ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ПОЛИСАХАРИДНОЙ СИСТЕМЫ
ENDOCLOT

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ КЛИПИРОВАНИЕ

24 марта | 11.00 – 17.00 | В течение дня | Начало каждые 15 мин
25 марта | 09.30 – 17.00 | В течение дня | Начало каждые 15 мин

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИССЕКЦИЯ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ / МЕТОДИКА ESD

24 марта | 11.00 – 17.00 | В течение дня | Начало каждые 25 мин
25 марта | 09.30 – 17.00 | В течение дня | Начало каждые 25 мин

МЕТОДИКА ЗАКРЫТИЯ ПЕРФОРАЦИЙ ПОЛЫХ ОРГАНОВ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ
С ПРИМЕНЕНИЕМ КЛИПСЫ OTSC OVESCO AG

24 марта | 11.00 – 17.00 | В течение дня | Начало каждые 15 мин
25 марта | 09.30 – 17.00 | В течение дня | Начало каждые 15 мин



ЛЕКЦИЯ ESD И БИОМОДЕЛИ

24 марта | 11:00 - 12:30 | 14:30 - 16:00

ЛЕКЦИЯ И ДЕМОНСТРАЦИЯ ИНСТРУМЕНТОВ ПО ЭРХПГ

24 марта | 13:30 - 14:00

ЭФФЕКТИВНАЯ КОЛОНОСКОПИЯ
ОТРАБОТКА МАНУАЛЬНЫХ НАВЫКОВ КОЛОНОСКОПИИ
НА ОБОРУДОВАНИИ ЭКСПЕРТНОГО КЛАССА EVIS EXERA III

25 марта | 09:00 - 13:00

ИГЛЫ ДЛЯ EUS EZ SHOT 2

25 марта | 13:30 - 14:00

В программе конференции возможны изменения и дополнения!

Видеопроцессор EPK-i7000

Расширьте Ваши возможности для оптической диагностики



- **Полное управление режимом i-scan**

Предоставляет возможность создания индивидуальных настроек режимов i-scan, чтобы полностью соответствовать текущим и будущим требованиям докторов для улучшенного обнаружения и полноценной характеристики анатомических структур.



- **Режим одновременного показа двух изображений (Twin Mode)**

Поддерживает обнаружение и демаркацию пораженных участков, т.к. появилась возможность просмотра всех деталей одновременно. Этот режим также важен для обучения докторов навыкам интерпретации клинических изображений.



- **Запись видео в разрешении HD+**

Просто, быстро и эффективно. Интегрированная запись в разрешении HD+ и режим заморозки изображения позволяют собирать и делиться клиническими данными, полученными во время эндоскопических исследований.



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.: +7-495-995-10-91, Факс: +7-495-995-10-91 (доб. 234)



PENTAX заботится о Вашем здоровье, мы заботимся о **PENTAX**



HiLINE
HD+

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
В ОБЛАСТИ ПОСТАВОК И РЕМОНТА
ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ
С 1996 ГОДА

ВСЬ СПЕКТР ОБОРУДОВАНИЯ PENTAX
а также все, что необходимо врачу-эндоскописту

САМЫЕ ЛУЧШИЕ УСЛОВИЯ ПОСТАВОК
прямые поставки из Германии, кратчайшие сроки,
монтаж и ввод в эксплуатацию

ТОЛЬКО У НАС ПОЛНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЗАКАЗЧИКА
от заказа оборудования до пуско-наладочных работ,
сервисное обслуживание эндоскопов

ГАРАНТИЙНЫЙ и ПОСТГАРАНТИЙНЫЙ
ремонт любой сложности, штат квалифицированных инженеров,
сертифицированных PENTAX и имеющих многолетний стаж работы
по ремонту эндоскопов

СЕТЬ СЕРВИСНЫХ ЦЕНТРОВ ПО РОССИИ
Подробнее по телефону (812) 702-77-66 или на сайте:
www.endomed.biz

УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР PENTAX на базе:
- ФГБУ Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии
(обучение EBUS)
- ПСПбГМУ имени академика И. П. Павлова
(обучение EUS)

Мы будем рады видеть Вас среди наших постоянных партнеров

ООО «ЭНДОМЕД»
195221, г. Санкт-Петербург
Пр. Металлистов, 96

Тел./факс: (812) 702-77-66
Тел.: (812) 540-38-05
e-mail: office@endomed.biz

РОССИЙСКОЕ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО



актуальные вопросы
Эндоскопии
Санкт-Петербург

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

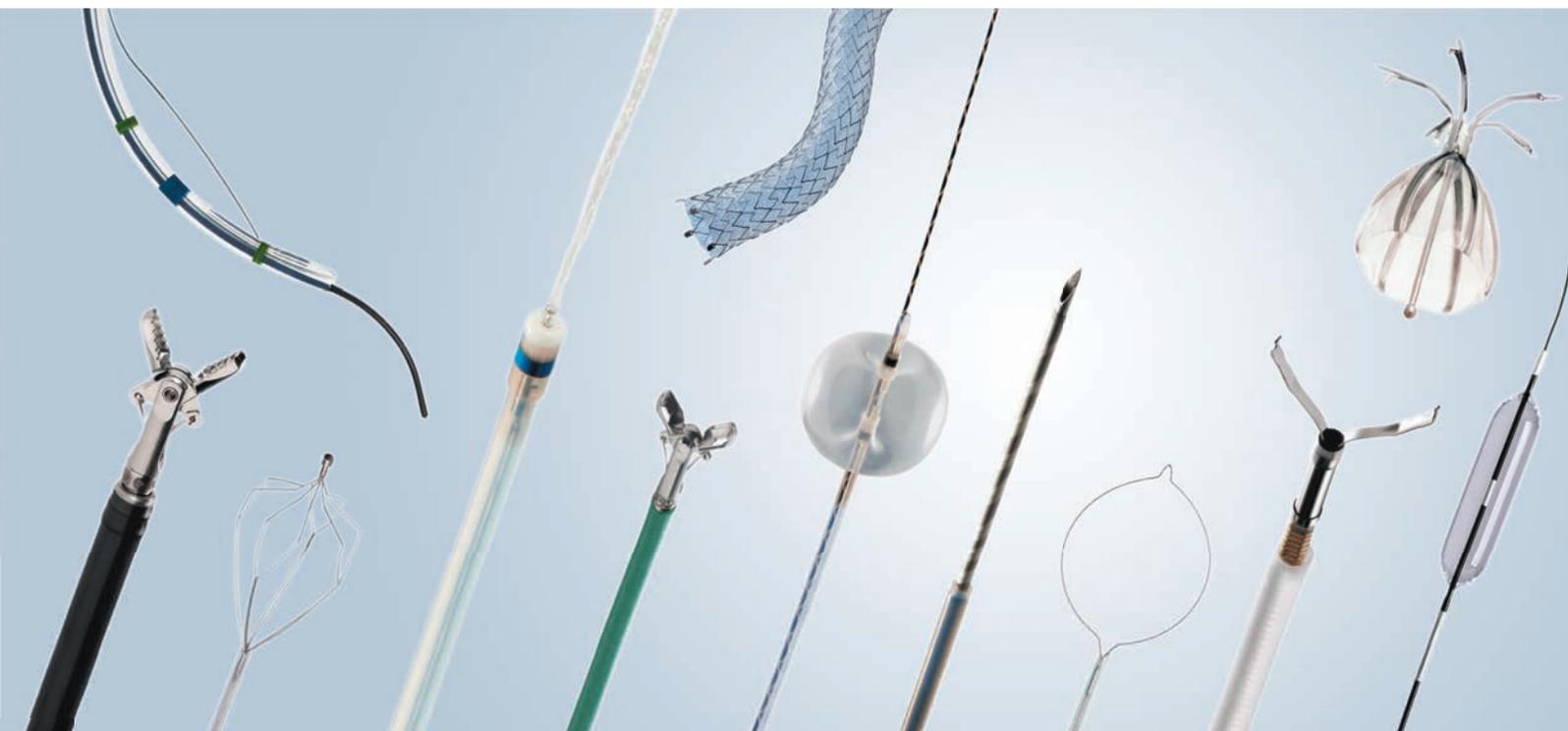
ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

VII ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«Актуальные вопросы эндоскопии 2016»

НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ ЭНДОСКОПИИ

Открой мир OLYMPUS ENDOTHERAPY прямо сейчас!



УНИВЕРСАЛЬНОСТЬ



Полная линейка инструментов для любых типов процедур: ЭРХПГ, гемостаз, полипэктомия, ESD, EMR, бронхоскопия

ИННОВАЦИИ



Современные технологии доступны уже сегодня: установка эндобронхиальных клапанов IBV, пункция под контролем ультразвука, ESD и т.д.

УДОБСТВО ПРИМЕНЕНИЯ



Регулярные обучающие лекции и мастер классы для врачей и медсестер в России и СНГ*

Тактика при инородных телах пищевода у взрослых и детей

Аникина М. С., врач-эндоскопист отделения эндоскопии ГБУЗ НСО «ГНОКБ»

Дробязгин Е. А., д.м.н., профессор кафедры госпитальной и детской хирургии НГМУ, торакальный хирург, эндоскопист отделения торакальной хирургии

Лютин Д. А., врач-эндоскопист, заведующий отделением эндоскопии

Чикинев Ю. В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной и детской хирургии Новосибирского государственного медицинского университета, торакальный хирург отделения торакальной хирургии

Новосибирский Государственный медицинский университет ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

г. Новосибирск

Несмотря на длительную историю, проблема лечения пациентов с инородными телами пищевода сохраняет свою актуальность. Это связано как с увеличением количества обращений, так и тяжестью осложнений инородных тел данной локализации.

В эндоскопическом отделении Государственной Новосибирской Областной Клинической Больницы за период с 1979 по 2015 год для исключения инородного тела (ИТ) верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) проведено 1361 исследование у лиц в возрасте от 3 месяцев до 99 лет. Количество обращений пациентов по поводу инородных тел пищевода и желудка стабильно растет. Так, в восьмидесятых годах оно составляло 20 ± 5 обращений, в девяностых — 50 ± 5 , в начале двухтысячных 65 ± 8 , а после 2010 года — 80 ± 4 .

Гибкая эзофагогастродуоденоскопия проводилась всем пациентам с подозрением на ИТ верхних отделов ЖКТ. Однако, перед проведением данного вмешательства пациенты на уровне приемного покоя осматривались оториноларингологом и хирургом. Клиническая картина во многом зависит от локализации ИТ. Наиболее постоянный симптом ИТ пищевода — гиперсаливация, и как проявление этого, скопление слюны в грушевидных синусах (симптом Джексона) наблюдался у 252 взрослых и 45 детей. Другие симптомы (Зарицкого, Шлиттлера, Денмайера, Поттенджера) описывались реже. Так же всем больным проводилась рентгенография органов грудной клетки с обязательным захватом шеи и обзорная рентгенография органов брюшной полости. Проведение рентгенологического исследования перед эндо-

скопическим вмешательством позволяет определиться с типом и локализацией рентгеноконтрастного ИТ, а так же исключить признаки перфорации. В случаях плоских рентгеноконтрастных ИТ возможна дифференциальная диагностика локализации в пищеводе или трахее (правило Джексона: в пищеводе такое ИТ стоит во фронтальной плоскости, в трахее в сагиттальной).

У 717 пациентов ИТ верхних отделов желудочно-кишечного тракта при фиброгастродуоденоскопии не обнаружено, однако в 51 случае имелись осаднения слизистой верхних отделов ЖКТ, а у 4 пациентов было визуализировано ИТ трахеи. ИТ пищевода были выявлены у 442 пациентов (357 взрослых и 85 детей), желудка — 161 (88 взрослых, 73 ребенка), глотки — 34 (32 взрослых, 2 ребенка), двенадцатиперстной кишки — 4 (3 ребенка, 1 взрослый). При этом осаднение слизистой инородным телом было выявлено у 25 пациентов (23 — в пищеводе, 2 — в глотке), перфорация стенки полого органа при 11 ИТ пищевода, пролежень стенки в месте длительного стояния ИТ обнаружен в 11 случаях (9 в пищеводе, 2 в желудке). Таким образом, пищевод является наиболее частой локализацией ИТ у лиц всех возрастов, и вместе с тем, при локализации ИТ в пищеводе наблюдается наибольшее количество осложнений.

ИТ пищевода были представлены фрагментами пищи (158 случаев), мясными и рыбными костями (109), монетами (52), фруктовыми косточками (48), скобяными изделиями (11), батарейками (5), ложками (5), решетками от наушников (5), зубными протезами (4) и прочим (иглы, крестики, кольца, фрагменты игрушек,



Аникина М. С.



Дробязгин Е. А.



соски, наконечник от градусника, бегунки от застежки-молнии и др.— 48) Следует отметить, что у детей преобладали «непищевые» ИТ (10 фрагментов пищи, 5 мясные и рыбные кости, 3 фруктовые косточки из 85).

При гибкой эзофагогастродуоденоскопии удалось извлечь 365 инородных тел (82 у детей и 286 у взрослых). Переход на ригидную эзофагоскопию потребовался у 29 больных (8 детей, 21 взрослых). У 11 пациентов извлечь ИТ пищевода не удалось, у 11 выявлена перфорация стенки пищевода (2 из которых были осложнениями при извлечении острых ИТ), все пациенты были старше 15 лет. Этой группе пациентов проведено оперативное лечение. У 40 больных с ИТ, представленными пищевыми массами (преимущественно кусками мяса) инородное тело было фрагментировано и низведено в желудок. Однако, низведение в желудок «непищевых» ИТ даже не острых и небольших размеров не допустимо из-за опасности нарушения их эвакуации. В 2015 году у девочки 2 лет было проведено извлечение длительно стоящего (10 дней) ИТ слепой кишки — плоской батарейки 7 мм в диаметре. По этой причине тактика в отношении всех ИТ верхних отделов ЖКТ в нашей клинике активная. После извлечения ИТ пищевода обязательно проводился осмотр зоны его фиксации. Осаднение слизистой было выявлено в 23 случаях, пролежни стенки пищевода — в 9, контактный электрохимический ожог слизистой пищевода выявлен у 5 пациентов после заглатывания батареек. Наличие выраженных изменений слизистой пищевода в зоне стояния ИТ послужило показанием к увеличению сроков госпитализации и повторного осмотра через 7 дней. У одной пациентки с состоянием после извлечения батарейки верхней трети пищевода на контрольном осмотре через 7 дней был выявлен стеноз верхней трети пищевода 2 степени по Галингеру-Годжелло, что потребовало двух курсов бужирования пищевода. У одного пациента с контактным электрохи-

мическим ожогом пищевода после извлечения батарейки, родители которого отказались от госпитализации, на девятые сутки развилось кровотечение. У двух пациентов с длительно стоящими (2 и 4 месяца) ИТ пищевода (монетами) с явлениями перизофагита, потребовавшими лечения в условиях отделения интенсивной терапии, образовались тракционные дивертикулы небольших размеров (до 5 мм). У 53 пациентов ИТ были выявлены на фоне стенозирующих заболеваний пищевода (рубцовые стенозы пищевода и пищеводных анастомозов у 4 детей и 45 взрослых, и опухолевые стенозы пищевода у 4 взрослых). После извлечения ИТ больным проведена эндоскопическая дилатация стеноза пищевода в объеме бужирования по струне или стентирования саморасправляющимися нитиноловыми стентами у больных с опухолевыми стенозами пищевода. Отмечено, что в ряде случаев (у 11 пациентов) заглатывание ИТ было предиктором выраженного рестенозирования пищевода на протяжении.

Выводы: ИТ пищевода остаются грозной патологией у пациентов всех возрастов. Количество пациентов данной категории имеет тенденцию к увеличению. Эзофагогастродуоденоскопия показана всем пациентам с подозрением на ИТ верхних отделов желудочно-кишечного тракта, после предварительного проведения рентгенографии органов грудной клетки с обязательным захватом шеи и обзорной рентгенографии органов брюшной полости, а так же консультации хирурга и оториноларинголога. Тактика в отношении ИТ верхних отделов желудочно-кишечного тракта должна быть активной. В структуре ИТ у детей преобладают «непищевые», заглатывание «острых» ИТ с перфорацией стенки пищевода чаще происходит у взрослых. Извлечение ИТ пищевода должно проводиться в многопрофильном стационаре с учетом возможности перехода на ригидную эзофагоскопию и открытое хирургическое вмешательство.

Опыт удаления длительностоящих инородных тел пищевода у детей

Афони́на О. Ю., заведующая эндоскопическим отделением

Федотова Ю. С., врач-эндоскопист эндоскопического отделения

ГУЗ УОДКБ имени политического и общественного деятеля Ю. Ф. Горячева

г. Ульяновск

Лечение больных инородными телами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в настоящее время остается одной из сложных и актуальных проблем в детской эндоскопии. Значительная часть инородных тел ЖКТ, которые требуют удаления, фиксируются в пищеводе. Данные инородные тела опасны развитием осложнений — медиастинита, трахеопищеводного соустья, массивных кровотечений при аррозии сосудов. При этом риск указанных осложнений повышается при стоянии инородных тел более 24 часов. В лечении данной патологии ведущую роль имеет эндоскопический метод (гибкая эндоскопия или методики ригидной эндоскопии).

Выбор эндоскопической методики определяется уровнем подготовки врача-эндоскописта, технической оснащенности, характером инородного тела, длительностью стояния инородного тела в пищеводе, возрастом пациента, наличием воспалительного процесса в пищеводе.

В период с 15.11.2015 года по 2.12.2015 года в эндоскопическое отделение ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница им. Ю. Ф. Горячева» обратились 12 пациентов с диагнозом: инородное тело желудочно-кишечного тракта — батарейка.

Когда батарейка попадает в пищевод, происходит сразу три опасных для организма реакции: химическая, термическая, электрическая. В пищеводе сначала начинается химическая реакция корпусом батарейки — он окисляется. Вырабатывается большое количество энергии, которая вызывает электрический ожог, вплоть до «прожигания» пищевода, трахеи, бронхов. Это очень тяжелые травмы, которые в 80 % случаев приводят к смертельным исходам.

Нами было удалено 6 круглых батареек из пищевода и желудка без технических особенностей и грубых изменений

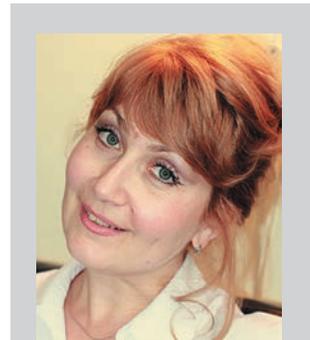
со стороны ЖКТ. Все 6 пациентов обратились за помощью в промежуток от 1 до 3 часов после проглатывания инородного тела.

В 5-ти случаях при извлечении батареек из пищевода обращало на себя внимание контактное эритематозное воспаление слизистой, контактные эрозии. Данная категория пациентов обратилась за помощью в промежуток от 12 до 24 часов.

Все инородные тела были извлечены при помощи фиброэзофагоскопии и щипцов-захватов.

В одном случае факт проглатывания инородного тела не был замечен родителями у пациента 11 месяцев. Диагностическая эзофагоскопия проведена с целью уточнения причины дисфагии в течение трех дней. Выявлено наличие жестко фиксированного инородного тела — батарейки в верхней трети пищевода. Наличие ожоговых, воспалительных изменений в пищеводе не позволили удалить данное инородное тело с помощью фиброэзофагоскопии. У данного пациента применение ригидных оптических щипцов позволило добиться положительного лечебного результата — инородное тело было удалено под общим наркозом. В верхней трети пищевода диагностирован коагуляционно-колликвационный ожог слизистой. Пациент находился под динамическим наблюдением в хирургическом отделении. На седьмой день госпитализации у ребенка отмечались подъем температуры, слабость. Был направлен на рентгенологическое исследование. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки диагностирован медиастинит.

Данное осложнение связано с отхождением постожогового струпа и возникшей перфорацией пищевода. В ходе проведенной хирургической коррекции медиастинита получен положительный лечебный



Афони́на О. Ю.



Федотова Ю. С.

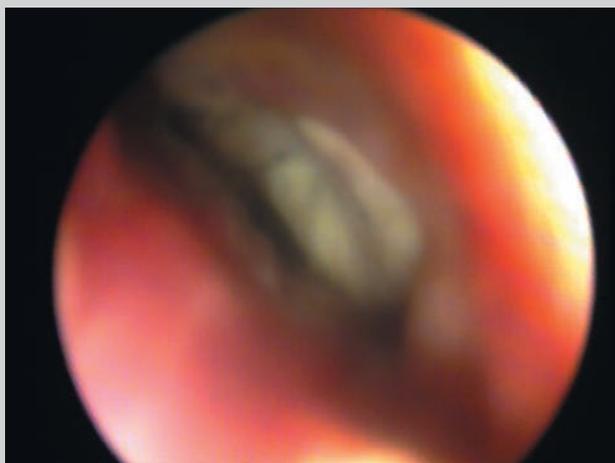


Рис.1.1. Постожоговый стеноз пищевода



Рис.1. 2. Постожоговый стеноз пищевода

эффект. Пациент выписан домой. В настоящее время проходит бужирование постожогового субкомпенсированного стеноза пищевода (Рис.1.1 Рис. 1.2) по схеме.

Возникшее осложнение связано с длительным нахождением инородного тела в пищеводе (более 24 часов), размером батарейки (около 2см в диаметре), возрастом ребенка (11 месяцев).

Таким образом, на основании нашего опыта можно сделать следующие выводы:

к группе риска по длительно стоящим инородным телам пищевода относятся дети в возрасте до 2-х лет. Эндоскопический метод позволяет успешно удалять длительно стоящие инородные тела пищевода. Однако в определенных случаях возможно использование ригидных оптических щипцов. Наличие осложнений напрямую зависит от длительности стояния инородного тела и реакции «живой» ткани на батарейку.

Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода

Брегель А. И., заведующий эндоскопическим отделением, профессор кафедры факультетской хирургии

Алексеев А. А., врач-эндоскопист

Хантаков А. М., врач-эндоскопист

Мутин Н. А., врач-эндоскопист

**ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница № 1»
Иркутский государственный медицинский университет**

г. Иркутск

Очень тяжелую группу составляют больные с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Тяжесть их состояния определяется сочетанием печеночной недостаточности, развивающейся на фоне декомпенсированного цирроза печени или тяжело протекающего хронического гепатита, портальной гипертензии и острой постгеморрагической анемии. При этом анемия является фактором, отягчающим течение цирроза печени и способствующим развитию острой печеночной недостаточности. Таким образом, возникающая геморрагия способствует возникновению «порочного круга» и часто приводит к необратимым процессам.

За четыре года мы располагаем опытом эндоскопической диагностики варикозного расширения подслизистых вен пищевода и желудка у 923 больных, что составило 1,7% от 54310 эзофагогастродуоденоскопий (ЭГДС), проведенных за этот период времени. Кровотечение диагностировано у 264 (28,60%) из 923 больных. У 251 больного были проанализированы истории болезни и у 13 — только протоколы эндоскопических исследований. Мужчин было 146 (55,30%), женщин — 118 (44,70%). По возрасту больные распределились следующим образом. До 30 лет было 12 (4,55%) больных, 30–39 лет — 40 (15,15%) больных, 40–49 лет — 49 (18,56%) больных, 50–59 лет — 97 (36,74%) больных, 60–69-30 (11,36%), 70–79-33 (12,50%) и старше 80 лет было 3 (1,14%) больных. Средний возраст составил 52,7 лет.

Длительность кровотечения до поступления в клинику составила до 2 часов — у 23 (9,16%) больных, 2–6 часов — у 70 (27,89%), 6–12 часов — у 42 (16,73%), 12–24 часа — у 52 (20,72%), более 24 часов — у 54 (21,51%) и у 10 (3,98%) боль-

ных установить длительность кровотечения не удалось.

Существенное значение в своевременной диагностике причины кровотечения и определении лечебной тактики имеют сроки проведения ЭГДС. В первый час с момента поступления в клинику эзофагогастроскопия проведена у 110 (43,82%) больных, через 1–2 часа — у 85 (33,86%), через 2–3 часа — у 29 (11,55%), через 3–6 часов — у 7 (2,79%) и в более поздние сроки — у 20 (7,46%) больных.

При направлении на эндоскопию диагноз кровотечения из варикозно-расширенных вен был выставлен только у 27,63% больных, 20,39% больных были направлены с циррозом печени. У остальных 49,34% больных предполагался либо синдромальный диагноз острого желудочно-кишечного кровотечения, либо ошибочный диагноз.

При эзофагогастроскопии варикозно-расширенные вены пролабировали в просвет пищевода и кардиального отдела желудка, деформируя просвет органов. Слизистая над расширенными венами была истончена, примерно у половины больных отмечены отёк и гиперемия. Розетка кардии была плотно сомкнута за счёт варикозных улов. Проведение исследования у таких больных требовало особой осторожности из-за реальной угрозы травмы стенки эктазированных вен и слизистой оболочки, покрывающей варикозные узлы.

Локализация варикозно-расширенных вен тесно связана со степенью портальной гипертензии и длительностью заболевания. Наиболее выраженное расширение подслизистых вен имело место в области кардиального жома и нижней трети пищевода, постепенно уменьшаясь в проксимальном направлении. Наряду с пищеводом у 21 (7,96%) больных вари-



Брегель А. И.



Алексеев А. А.



Хантаков А. М.



Мутин Н. А.

козно-расширенные вены располагались и в проксимальном отделе желудка.

У подавляющего большинства больных был диагностирован магистральный тип расширения вен. Первая степень расширения вен диагностирована только у 6 (3,05%) больных. Вторая степень расширения вен имела место у 86 (43,65%) больных и третья степень — у 172 (65,15%) больных.

У 43 (16,29%) больных на момент исследования кровотечение остановилось. У 221 (83,71%) больного кровотечение при эндоскопии продолжалось и было оценено у 88 (33,33%) больных как малой интенсивности, у 14 (5,30%) — средней интенсивности и у 119 (45,08%) больных носило профузный характер.

Причиной портальной гипертензии с варикозным расширением подслизистых вен, осложнённым кровотечением у 238 (94,82%) больных явился цирроз печени различного генеза.

При кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода латексные кольца во время эндоскопии были наложены 17 больным. У 15 больных лечебную манипуляцию выполняли при продолжающемся кровотечении с целью гемостаза и у 2 больных — при остановившемся кровотечении для снижения вероятности его рецидива. У 5 больных кровотечение имело профузный характер, у 2 — было расценено как умеренное и у 8 больных — как диффузное.

Остановка кровотечения при наложении латексных колец достигнута у всех 15 (100%) больных. Рецидив кровотечения после наложения колец возник

у 5 (29,4%) больных. У 3 больных после успешного повторного гемостаза возник второй рецидив кровотечения.

Всего в последующем у 71 (28,29%) больных возникли от 1 до 4 рецидивов кровотечения.

Кровотечение из варикозно-расширенных вен сопровождается высокой летальностью, которая составила 34,26% и была выше в группе больных с рецидивирующим кровотечением (52,11%).

Таким образом, до проведения эндоскопии истинную причину кровотечения удается установить только у 50,66% больных. У остальных 78 (49,34%) больных предполагался либо синдромальный, либо ошибочный диагноз острого желудочно-кишечного кровотечения.

Основной причиной портальной гипертензии (в 94,82%) является цирроз печени различного генеза.

Рецидив кровотечения за время пребывания в стационаре возникает у 28,29% больных. Летальность составляет 34,26%, а при рецидиве кровотечения достигает 52,11%.

Наложение латексных колец при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода является эффективным методом временного гемостаза, но не предупреждает развития рецидива кровотечения.

Проблема лечения больных с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода требует комплексного подхода, существенную роль в котором играет диагностическая и лечебная неотложная эндоскопия.

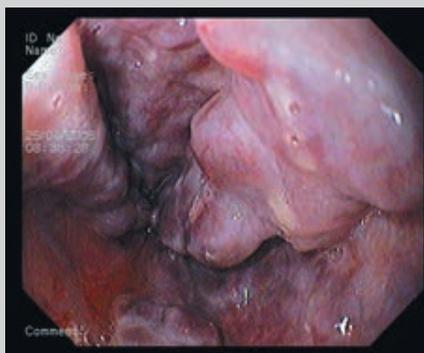


Рис. 1. Варикозное расширение вен пищевода

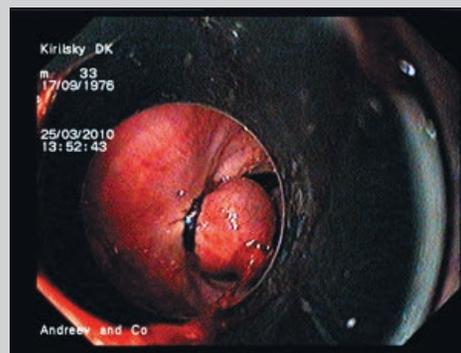


Рис. 2. Лигирование кольцами варикозно-расширенных вен

Пищеводные кровотечения при эзофагите

Брегель А. И., заведующий эндоскопическим отделением, профессор кафедры факультетской хирургии

Гавриленко А. А., врач-эндоскопист

Евтушенко В. В., врач-эндоскопист

Андреев В. В., врач-эндоскопист

**ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница № 1»
Иркутский государственный медицинский университет**

г. Иркутск

В последние годы существенно возросло число больных, страдающих эзофагитом различной степени тяжести. Основной причиной эзофагита является патологический рефлюкс желудочного содержимого в пищевод. Кроме того, существуют и другие причины развития воспаления в пищеводе: снижение иммунитета различного генеза, дисбактериоз при нерациональной антибактериальной терапии, существенное повышение кислотности желудочного сока, многократная рвота, длительное стояние назогастрального зонда и другие. В течение четырех лет мы диагностировали эзофагит различной степени тяжести у 4588 больных, или в 8,9% всех исследований. У части больных с эзофагитом возникает пищеводное кровотечение различной интенсивности. В связи с этим удельный вес эзофагита, осложнённого кровотечением, в структуре причин острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта неуклонно возрастает и составляет по нашим данным 979 больных или 31,10% всех кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта за этот период времени. Причем число больных с кровотечением при эзофагите за анализируемый промежуток времени возросло со 199 до 302 в течение года преимущественно за счет мужчин.

При анализе больных с эзофагитом, осложненным кровотечением, установлено, что кровотечение у мужчин возникает чаще, чем у женщин. Мужчин было 689 (70,38%), женщин — 290 (29,62%). По возрасту больные распределились следующим образом. До 30 лет было 103 (10,52%) больных, в возрасте 31–40 лет — 180 (18,39%), 41–50 лет — 186 (19,00%), 51–60 лет — 187 (19,10%) больных, 61–70 лет — 117 (11,95%), 71–80 лет — 132 (13,48%) и старше 80 лет было 74 (7,56%) больных.

Большая часть больных направлялась на экстренное эндоскопическое исследование с синдромальным диагнозом острого желудочно-кишечного кровотечения.

Основная часть пациентов была осмотрена в первые 12 часов после их поступления в больницу.

При катаральном эзофагите (эзофагите 1 степени тяжести) кровотечения мы не наблюдали ни у одного больного. Эрозивный эзофагит (эзофагит 2 степени тяжести) был диагностирован у 423 (43,21%) больных и язвенный эзофагит (эзофагит 3 степени тяжести) у 556 (56,79%) больных.

Возникновение эзофагита часто связано с другими заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта либо сопровождается ими. Так, наряду с эзофагитом, осложнённым кровотечением, у всех больных при эндоскопии выявлены и другие заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, несомненно, влияющая на возникновение и тяжесть течения эзофагита и возникновение пищеводного кровотечения, была обнаружена у 116 (11,85%) больных, недостаточность кардии — у 166 (16,96%) и привратника — у 57 (5,82%), дуоденогастральный рефлюкс — у 95 (9,70%), острые эрозии желудка — у 127 (12,97%) и луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК) — у 103 (10,52%) больных, острые язвы желудка — у 89 (9,09%) и ДПК — у 53 (5,41%), хронические язвы желудка — у 18 (1,84%) и ДПК — у 58 (5,92%) больных. У 16 (1,63%) больных помимо кровоточащего эзофагита имелся разрыв слизистой кардиоэзофагеального перехода и у 2 (0,20%) больных — кандидоз пищевода.

Одной из задач неотложной эндоскопии является оценка интенсивности



Брегель А. И.



Гавриленко А. А.



Евтушенко В. В.



Андреев В. В.

кровотечения и прогнозирования вероятности его рецидива. Продолжающееся кровотечение во время эндоскопического осмотра отмечено только у 27 (2,76%) больных, в том числе у 4 (0,41%) оно было интенсивным и у 23 (2,35%) — диффузным. У остальных 952 (97,24%) больных на момент проведения эндоскопического исследования кровотечение было остановившимся.

Возможности лечебной эндоскопии при кровоточащем эзофагите вследствие диффузного характера поражения слизистой пищевода, существенно ограничены. Вместе с тем, у ряда больных применялись эндоскопические методы остановки продолжающегося кровотечения и профилактики его рецидива.

Таким образом, частота эзофагита, как причины кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта, возрастает. Кровотечение возникает только при деструктивных формах эзофагита — эрозивном и язвенном (2 и 3 степени тяжести). У всех больных с эзофагитом, осложненным кровотечением, диагностируются различные патологические процессы верхних отделов пищеварительного тракта, в том числе играющие существенную роль в этиопатогенезе этого заболевания. К моменту проведения эндоскопического исследования у большинства больных имеет место остановившееся кровотечение. Считаем, что проблема эзофагита, осложненного кровотечением, требует дальнейшего изучения.

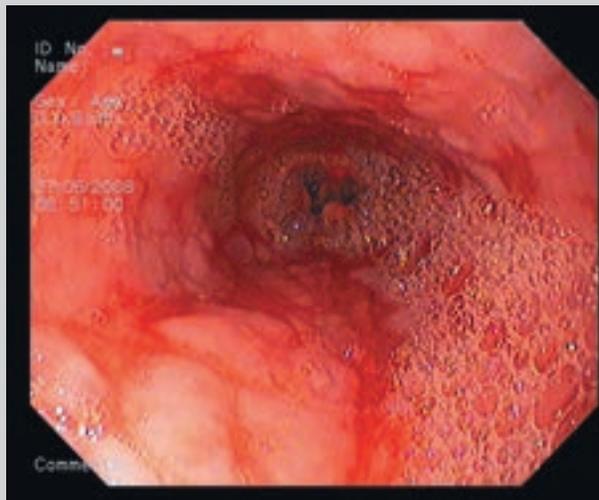


Рис. 1. Остановившееся кровотечение при эзофагите



Рис. 2. Диффузное кровотечение при эзофагите

Эндосонография в диагностике интрамуральных кист пищевода

Булганина Н. А., научный сотрудник эндоскопического отделения

Годжелло Э. А., главный научный сотрудник эндоскопического отделения

Хрусталева М. В., руководитель эндоскопического отделения

ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского»

г. Москва

Введение

Кисты пищевода встречаются нечасто, в большинстве случаев из-за небольших размеров протекают бессимптомно и у взрослых, как правило, являются случайной находкой при эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) или компьютерной томографии (КТ). Они бывают врожденными и приобретенными. Врожденные кисты пищевода формируются из клеток переднего отдела кишечной трубки в период созревания трахеопищеводной перегородки на 4–8 неделях внутриутробного развития. Большинство кист находится в средостении и расположены вдоль пищевода, часть из них имеет соединение с его стенкой и лишь некоторые локализируются интрамурально. Различают дубликационные, энтерогенные и бронхогенные кисты. Приобретенные ретенционные кисты (мукоцеле) располагаются в подслизистом слое пищевода и образуются в результате закупорки протоков желез. При эндоскопическом исследовании киста обычно имеет вид мягкого подслизистого образования, легко меняющего форму при прохождении перистальтической волны и при инструментальной пальпации, а на компьютерных срезах представляет собой гомогенное образование с ровными краями. В настоящее время для уточненной диагностики подслизистых образований широко используется эндосонография (ЭУС). Во многих руководствах по ЭУС кисты пищевода описаны как анэхогенные образования с ровными краями, которые расположены в подслизистом слое. В действительности они могут располагаться в любых слоях стенки органа и, кроме того, иметь нетипичную экоструктуру, что может приводить к неправильной интерпретации данных и ошибочным заключениям.

Цель исследования

Продemonстрировать разнообразие эндосонографической картины кист

пищевода, обуславливающее трудности диагностики.

Материал, методы исследования и результаты

В эндоскопическом отделении ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского» с 2005 г. по 2015 г. эндосонография была выполнена более чем у 550 пациентов с различными заболеваниями пищеварительного тракта. Из них у 29 пациентов были жидкостные интрамуральные образования пищевода (20), желудка (5) и двенадцатиперстной кишки (4) размерами от 5 до 30 мм. У 16 пациентов образования локализовались в подслизистом слое, у 6 — в мышечном, у 2 — в мышечной пластинке слизистого слоя, у 2 — на границе мышечной пластинки слизистого и подслизистого слоев, у 1 — в слизистом слое и у 2 пациентов в стенке органа без четкого указания слоя. Только 19 из 29 пациентов имели характерную ультразвуковую картину образований с анэхогенным однородным содержимым, причем все 9 пациентов с кистами желудка и двенадцатиперстной кишки вошли в эту группу. Анэхогенное неоднородное содержимое за счет гиперэхогенных включений было выявлено у 2 пациентов, анэхогенное содержимое с однородным гипозоногенным тканевым компонентом — у 1, гипозоногенное однородное содержимое — у 3 и гипозоногенное неоднородное содержимое с гиперэхогенными включениями — у 4 (все — с кистами пищевода). Оперированы 2 пациента: эндоскопическая фенестрация кисты верхней трети пищевода (1), торакоскопическое иссечение кисты нижней трети пищевода (1).

Для более наглядной иллюстрации разнообразия эндосонографической семиотики кист пищевода приводим следующие клинические наблюдения.

Пациентка Н., 65 лет. Жалоб нет. ЭГДС: на расстоянии 25 см от резцов — подслизистое образование окру-



Булганина Н. А.



Годжелло Э. А.



Хрусталева М. В.

гой формы, 6x8 мм, при инструментальной пальпации плотное, смещающееся относительно подлежащих тканей, слизистая над ним не изменена, смещается. ЭУС: в мышечном слое стенки пищевода — образование 15x10 мм однородной гипозоногенной структуры, состоящее из двух долей, сливающихся в одну. Заключение: тканевое образование пищевода, расположенное в мышечном слое (вероятно, лейомиома). Повторные ЭГДС в течение 2 лет: без динамики. ЭУС через 2 года с помощью эхоэндоскопа с большей разрешающей способностью: в подслизистом слое стенки пищевода — жидкостное образование тех же размеров с анэхогенным содержимым. Капсулу образования образуют листки подслизистого слоя. Мышечный слой тонкий, прослеживается четко. Внутри образования определяются тонкие гиперэхогенные перегородки, разделяющие его на 2–3 камеры. Заключение: дубликационная киста пищевода, расположенная в подслизистом слое. Рекомендовано динамическое наблюдение. В данном случае возможности более совершенного оборудования и накопленный опыт позволили изменить интерпретацию ультразвуковой картины.

Пациент К., 43 года. Жалобы на дискомфорт за грудиной при приеме твердой пищи. КТ органов грудной клетки: лейомиома пищевода. Рентгенография: дефект наполнения протяженностью 5 см, суживающий просвет пищевода до 1 см. ЭГДС: подслизистое образование с 34 до 37 см от резцов. Инструментальная пальпация: образование плотной консистенции, покрывающая его гладкая слизистая легко приподнимается над ним. ЭУС: объемное образование 3,5–3,75 см с ровными, четкими контурами, неоднородной гипозоногенной структуры, четко связанное с мышечным слоем стенки пищевода. Заключение: тканевое образование пищевода, расположенное в мышечном слое (вероятно, лейомиома). Во время торакоскопической операции выявлено опухолевидное образование, располагающееся в мышечном слое, размерами 5x3,5 см. При выделении образование вскрылось, выделилось небольшое количество детрита. Стенки кисты иссечены. Морфологическое исследование: деформированная фиброзная ткань, очаги гиалиноза, гладкомышечная упорядоченно расположенная ткань, очаги кальциноза и сосуды — киста пищевода.

Пациент М., 69 лет. Жалобы на периодическое ощущение першения в горле. Рентгенография: на уровне С7 — дефект наполнения длиной 6 см, наполовину перекрывающий просвет пищевода. ЭГДС: сразу за входом в пищевод — верхний край подслизистого образования, выдающегося в просвет на 1,5 см. Слизистая, покрывающая его, гладкая, местами голубоватого цвета, поверхность крупнобугристая. Нижний край образования — на 23 см от резцов. Основание широкое, при инструментальной пальпации образование мягко-эластичной консистенции. ЭУС: в мышечной пластинке слизистого слоя пищевода определяется полостное многокамерное анэхогенное образование с четкими контурами. Размеры на всем протяжении от 10x10 до 10x20 мм. При цветовом доплеровском картировании (ЦДК) кровотоков не определяется. Заключение: многокамерная киста пи-

щевода. Возможно эндоскопическое вмешательство — фенестрация кисты.

Пациентка Б. 38 лет. Жалобы на чувство кома за грудиной, затруднение прохождения твердой пищи. ЭГДС: с 22 до 24 см от резцов — подслизистое образование округлой формы, покрытое гладкой слизистой, с голубоватым оттенком, высота около 1 см, при инструментальной пальпации мягкой консистенции. ЭУС: гипозоногенное образование однородной структуры с гиперэхогенными включениями (перегородки?) по наружному контуру. При ЦДК кровотоков не определяется. Контур образования ровные, четкие, размер 2x1,5 см. Образование связано с мышечным слоем стенки пищевода, при этом межмышечная соединительная ткань в мышечном слое стенки прерывается. Заключение: киста верхней трети пищевода. Выполнена эндоскопическая фенестрация кисты. После рассечения слизистого, подслизистого слоев и верхнего слоя капсулы кисты образовалось отверстие протяженностью 6–7 мм, через которое из ее полости выделилось очень густое мутное белесоватое содержимое. Дно полости кисты неровное, в виде небольших углублений с незначительными рубцовыми изменениями по типу дивертикулородных карманов. Рентгенография с водорастворимым контрастным веществом, введенным по катетеру: остаточная полость кисты объемом 1 мл. Через 2,5 месяца при контрольной ЭГДС — втяжение стенки с линейным рубцом в центре, по верхнему краю которого имеется свищевое отверстие диаметром 1–2 мм, из которого в небольшом количестве поступает мутная жидкость. При введении водорастворимого контрастного вещества по катетеру визуализируется остаточная полость кисты объемом около 1 мл. Через 1,5 месяца эндоскопическая картина та же. Гистологическое исследование биопсийного материала из полости кисты выявило цилиндрический эпителий выстилки (вероятно, энтерогенная киста). При повторной эндоскопии в мышечном слое определяется гипозоногенное образование однородной структуры с ярким гиперэхогенным включением в центре (пузырек воздуха). Контур образования ровные, четкие, размер 0,5x0,9 см. Межмышечная соединительная ткань в мышечном слое стенки прерывается. Рекомендовано дальнейшее наблюдение — ЭГДС и ЭУС 1 раз в год в течение 2 лет, далее один раз в два-три года. Учитывая наличие сообщения между кистой и пищеводом, обеспечивающего ее дренирование и препятствующего задержке содержимого в остаточной полости, инфицированию и дальнейшему увеличению полости в размерах, отсутствие признаков воспаления и малигнизации, а также клинических проявлений в виде дисфагии, болей, гипертермии, показаний к хирургическому лечению в настоящее время нет.

Обсуждение. В немногочисленных публикациях, посвященных эндоскопической диагностике кист пищевода, указано, что они имеют анэхогенную структуру, ровный контур и расположены в подслизистом слое. Однако мышечная оболочка образования может быть непрерывно связана с мышечной оболочкой пищевода. Это важно учитывать для дифференциальной диагностики

с другими стромальными образованиями, так как кисты могут визуализироваться как гипоехогенные однородные или гетерогенные очаги с анэхогенным компонентом из-за наличия гноя, крови или густого содержимого, что может изменить обычные ультразвуковые характеристики. При недостаточном разрешении и четкости ультразвукового изображения бывает довольно трудно дифференцировать тканевые и жидкостные гипоехогенные образования, что может помешать правильной интерпретации изображения. Для подтверждения диагноза можно выполнить тонкоигольную пункцию под эндоскопическим ультразвуковым контролем (ЭУС-ТИП) и получить жидкое содержимое кисты и иногда фрагменты стенки. При этом необходима профилактическая антибиотикотерапия. Однако не следует забывать, что эндосонографическое заключение носит только предположительный характер, окончательно диагноз устанавливается на основе гистологического исследования операционного материала. Четких клинических рекомендаций по лечению кист пищевода нет. При бессимптомном течении обычно выполняют ЭГДС один раз в 2 года. При активной секреции киста может быстро увеличиваться в размерах,

вызывая сдавление жизненно важных органов средостения, при инфицировании микробной флорой кисты могут нагнаиваться, осложняться кровотечением, перфорацией, возможно озлокачествление. В связи с этим ряд авторов рекомендует хирургическое лечение даже бессимптомных кист, что в настоящее время возможно выполнить миниинвазивными методами.

Выводы

Повышение доступности ЭУС может изменить существующее представление о распространенности кист пищевода. Диагноз интрамурально расположенных полостных образований не всегда может быть легко установлен, так как ультразвуковая картина может отличаться от типичной как по внутренней эхоструктуре, так и по месту расположения относительно слоев стенки органа. ЭУС является важным методом дифференциальной диагностики интрамуральных кист пищевода, кист средостения и лимфатических узлов. Для определения тактики лечения кист пищевода необходимо большее количество наблюдений и выработка клинических рекомендаций.

Герпетическое поражение пищевода

Буторин Н. Н., к.м.н., заведующий отделением эндоскопии

Резникова О. С., врач -эндоскопист

ГБУЗ Республики Хакасия «Республиканская клиническая больница имени Г. Я. Ремишевской», отделение эндоскопии

г. Абакан



Буторин Н. Н.



Резникова О. С.

Заболевания пищевода привлекают сейчас большое внимание в связи с быстрым ростом их распространенности. Несмотря на определенные достижения в этой области, многие вопросы, тем не менее, остаются недостаточно ясными, так, из интересных проблем является этиологическая структура язв пищевода. На возможность связи вируса простого герпеса (ВПГ) и эзофагита ранее указывали отечественные авторы. Принято считать, что герпетический эзофагит в большинстве случаев наблюдается у пациентов с иммунодефицитными состояниями (ВИЧ-инфекция, онкологические заболевания, иммуносупрессивная терапия) и относительно редко встречается у пациентов с нормальным иммунитетом.

Следует отметить, что в последнее время возрастает внимание к иммунологическим аспектам патологии верхнего отдела пищеварительного тракта. Высказывается точка зрения, что фактором риска герпетической инфекции в пищеводе может быть эозинофильный эзофагит. Заболевание в 3 раза чаще регистрируется у мужчин (средний возраст 35 лет), чем у женщин. Клиническая симптоматика чаще проявляется в виде одинофагии (60,7%), дисфагии (37,5%), лихорадки (51,8%). Продромальные респираторные симптомы и оролабиальные герпетические высыпания наблюдаются в 25% случаев.

На эндоскопическом исследовании, как правило, выявляются множественные язвы (58,9%), расположенные в нижней и средней трети пищевода. Для диагностики этиологии заболевания рекомендуется выполнять определение ВПГ методом ПЦР или прямого иммунофлюоресцентного анализа в биоптатах. Чувствительность ПЦР равняется 92–100%, специфичность — 100%. Наиболее оптимальным лечением герпетического эзофагита является назначение противовирусного препарата Ацикловира

Приводим случай поражения пищевода вирусом простого герпеса:

Пациентка Б., 56 лет, обратилась на прием в поликлинику с жалобами на ретростеральные боли, возникающие после приема пищи. В результате клинического осмотра была диагностирована гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и назначена терапия: модификация образа жизни и диеты, ультоп 40мг 1 раз в день, альмагель 5 мл 4 раза в день. Через месяц было зафиксировано ухудшение самочувствия, проявлявшееся усилением ретростеральных болей после приема пищи, неспособностью проглатывать твердую пищу. Наблюдалось снижение веса на 5 кг.

21.08.2014 пациентка была госпитализирована в терапевтическое отделение Хакасской Республиканской больницы с жалобами на одинофагию, дисфагию, которая значительно затрудняла прием пищи, периодическую рвоту, снижение веса. В анамнезе не отмечалось данных о наличии сигнальных симптомов, отсутствовали сведения, позволяющие предположить историю ГЭРБ, наличие онкологических заболеваний и ВИЧ-инфекции. Пациентка отрицала длительные курсы приема лекарственных препаратов. Отсутствовали сведения о длительно протекающих хронических заболеваниях различных органов. Пациентка не имела инфекционных заболеваний в течение последнего года.

Рост больной составил 158 см, вес 54 кг. Температура тела была равна 36,6оС. При осмотре видимые кожные покровы и слизистые чистые, обычной окраски. Сердечные тоны ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 84 удара в минуту, артериальное давление 130/80 мм рт ст. При аускультации дыхание везикулярное, хрипы не прослушиваются. При пальпации живота определялась легкая болезненность в эпигастральной области, печень не увеличена.

22.08.2014 была проведена эзофагогастродуоденоскопия, на которой отмечалась гиперемия слизистой пищевода с наличием во всех отделах полушаро-

видных красных образований 0,3–0,5 см с язвенным кра- тером в центре (рис. 1). Были взяты несколько биопсий из язвенных дефектов и высказано предположение о поражении пищевода ВПГ.

В анализах крови гемоглобин 136 г/л, количество лейкоцитов $7,8 \times 10^9$ /мл, СОЭ 12 мм/ч. Анализ крови на ВИЧ-инфекцию отрицательный. Показатели клеточного и гуморального иммунитета в анализе крови без существенных изменений.

IgM к вирусу простого герпеса определялись в сы- воротке крови с помощью иммуноферментного анали- за на ИФА-анализаторе «СтатФакс-3000» с использо- ванием тест-системы «ВектоВПГ-IgM» («Вектор-Бест», Россия). Результат ИФА-диагностики: индекс позитив- ности для IgM ВПГ составил 1,6. В биоптатах из слизи- стой пищевода методом полимеразной цепной реак- ции (ПЦР) определялась ДНК ВПГ на амплификаторе «ICycler IQ5» с применением тест-системы «РеалБест ДНК ВПГ 1,2» («Вектор-Бест», Россия). Результаты ПЦР- диагностики — 105 копий ДНК ВПГ.

Морфологическое исследование биоптатов из сли- зистой оболочки пищевода: выявлены участки много- слойного плоского эпителия с выраженной балонной дистрофией эпителиальных клеток. В отдельных полях зрения — внутриядерные эозинофильные включения (тельца Кодри). Количество эозинофилов в полях зрения не больше 3 (рис. 2).

На основании проведенного обследования уста- новлен диагноз язвенный эзофагит, вызванный вирусом простого герпеса.

Пациентке была назначена противовирусная тера- пия препаратом Ацикловир в стандартной дозе 6,2 мг/кг массы тела per os каждые 8 часов в течение 10 дней. Че- рез 10 дней было зарегистрировано выраженное клини- ческое улучшение, сопровождавшееся исчезновением одинофагии, дисфагии и других болезненных симпто- мов. Пациентка не испытывала никаких затруднений при приеме пищи.

При повторном эндоскопическом исследовании 05.09.2014 слизистая пищевода розовая, эластичная, сосудистый рисунок сохранен. Язвенные кратеры в пищеводе не определяются. Заключение: эндоско- пическая картина нормальной слизистой пищевода. В динамике (декабрь 2015 года) эндоскопических из- менений в пищеводе нет, дисфагии, одинофагии боль- ная не отмечает.

Заключение

В настоящее время накапливается все больше информации, свидетельствующей о гетерогенности патологии пищевода. Определенный вклад в этот про- цесс вносит явление рефрактерной к ингибиторам протонной помпы ГЭРБ. Нельзя не обратить внимание на значительный прогресс в изучении патологии пече- ни, желчного пузыря и желудка после изучения роли ин- фекционных факторов в генезе патологии. В этой свя- зи демонстрация клинического случая герпетического эзофагита представляется нам весьма современной и важной.

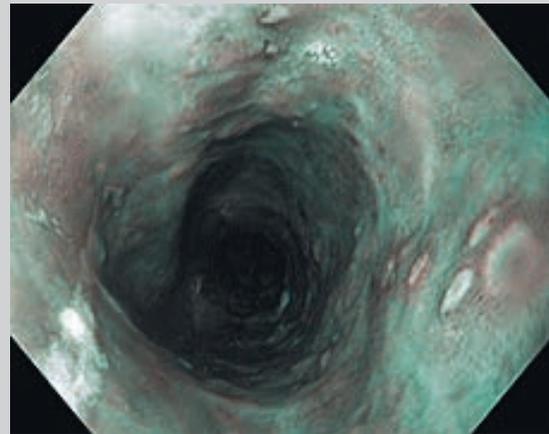


Рис. 1. Эзофагогастродуоденоскопия от 22.08.2014 (Olympus GIF 180). Режим осмотра в узком спектре света (NBI). Заключение множественные кратеро- образные язвы пищевода

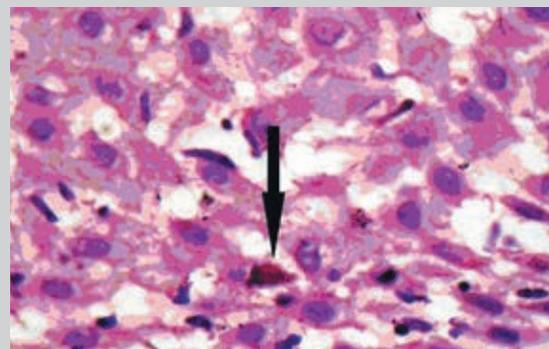


Рис. 2. Морфологический препарат слизистой пищевода (окраска гематоксилином и эозином, увеличение $\times 40$). Стрелкой показаны эозинофиль- ные включения (тельца Кодри)

Опыт лечения ахалазии кардии методом эндоскопической баллонной пневмокардиодилатации

Васильев И. В., Маады А. С., Алексеев К. И., Осипов А. С.

Национальный медико-хирургический Центр им Н. И. Пирогова

г. Москва



Васильев И. В.

Введение

Ахалазия кардии (АК) — заболевание, причиной которого является воспаление и дегенерация межмышечных сплетений, ведущее к потере постганглионарных тормозящих нейронов, участвующих в процессе расслабления нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и приводящее к стойкому нарушению рефлекса раскрытия кардии при глотании с дискоординацией перистальтических сокращений пищевода. АК встречается не часто, ежегодная заболеваемость составляет 2:100000, а показатель распространенности — 10:100000. АК относится к группе нервно-мышечных заболеваний пищевода (НМЗП), включающих в себя такие заболевания как кардиоспазм и диффузный эзофагоспазм (синдром Барсо-ни-Тешендорфа). Следует помнить, что это разные заболевания, отличающиеся по этиологии, поражению нервных структур и виду мышечной дисфункции. Основным клиническим симптомами, наиболее типичным для АК является дисфагия, прогрессирующая постепенно; регургитация, которая возникает через несколько часов после еды, при наклоне туловища вперед («симптом завязывания шнура») или в горизонтальном положении — «симптом мокрой подушки», чаще ночью. Загрудинная боль встречается у половины больных, не редко в молодом возрасте. Потеря массы тела происходит, как правило, на 5–10 кг.

Материалы и методы

В НМХЦ им. Н. И. Пирогова в 2010–2014 гг. с АК находились на лечении 37 пациентов (20 мужчин и 17 женщин) в возрасте от 24 до 83 лет (средний возраст $50 \pm 15,7$).

Диагноз АК был поставлен на основании клинической картины, данных эндоскопического и рентгенологического методов обследования.

В отделении эндоскопии НМХЦ им. Н. И. Пирогова принято описание эн-

доскопической картины АК, предложенной Ю. И. Галлингером и Э. А. Годжелло, основанной на классификации Б. В. Петровского.

Распределение больных по стадиям: I — 6 (16,2%), II — 12 (32,4%), III — 13 (35,2%), IV стадия — 6 (16,2%).

Рентгенологическое исследование. Важным признаком АК на обзорном снимке являлось отсутствие газового пузыря желудка. В результате контрастирования пищевода бариевой взвесью отмечали три основных признака: задержка бариевой взвеси над кардией, степень дилатации пищевода и изменение его формы. Сужение дистального отдела пищевода и НПС, нередко располагалось эксцентрично и напоминало по внешнему виду «кончик моркови» или «мышинный хвост» или «птичий клюв» (рис. 1).

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

Всем пациентам с дисфагией выполняли ЭГДС для исключения вторичной ахалазии вследствие опухолевой или рубцовой стриктуры.

Лечение

31 пациенту с АК I–III стадией произведена эндоскопическая баллонная пневмокардиодилатация (ЭБПКД), 2-м с АК III стадией потребовалась кардиомиотомия по Хеллеру с фундопликацией (в одном случае с применением РХК «Da-Vinci»), так как после 3-х курсов ЭБПКД у них возник рецидив, у пациентов с IV стадией двум сделана баллонная дилатация из-за противопоказаний к операции, связанными с сопутствующей патологией, а четверым — субтотальная резекция пищевода с одномоментной пластикой желудочным трансплантантом.

ЭБПКД выполняли под внутривенной седацией. Под контролем видеозондоскопа баллонный дилататор Wilson-Cook диаметром 30 мм, длиной 10 см проводили по струне-направите-



Рис. 1. Рентгенограмма. Ахалазия кардии II стадия.
Пищевод расширен, кардиальный сегмент пищевода сомкнут (указан стрелкой) (внешний вид — «мышинный хвост» или «кончик моркови»), бариевая взвесь из пищевода в желудок поступает небольшими порциями. Газовый пузырь желудка отсутствует

лю в пищевод и устанавливали таким образом, чтобы его средняя часть оказывалась точно в области пищеводно-желудочного перехода (рис. 2). Воздух в баллон нагнетали постепенно и процесс его расширения контролировали визуально. Экспозиция баллона — 7–10 мин., давление в баллоне — до 1 атм. Сеансы дилатации осуществляли в условиях эндоскопического кабинета и проводили от 2 (у 10 пациентов) до 3 раз (у 6 пациентов) с интервалом в 2–3 дня. После извлечения баллона, при контрольной эзофагогастроскопии, проводили тщательную ревизию зоны дилатации на предмет дефектов слизистой оболочки пищевода и кардиального отдела желудка и кровотечения из них (рис.3).

С целью профилактики развития рефлюкс — эзофагита всем пациентам, перенесшим ЭБПКД, назначали механически и термически щадящую диету, медикаментозное лечение. Для защиты слизистой кардиального отдела пищевода от агрессивного влияния желудочного сока создавали, так называемую, «биологическую повязку» в области вмешательства с помощью жидких антацидных средств — назначали магния гидроксид 4,0 г. 3 раза в день в течение 10 дней. В целях предотвращения заброса кислого содержимого в пищевод и уменьшения объема секреции назначали терапию антисекреторными препаратами — ингибиторами протонной помпы (эзомепразол) 40мг 1 раз в день в течение 8 недель, затем 20мг 1 раз в день в течение 6 недель.

Полученные результаты Успех ЭБПКД оценивали по снижению выраженности симптомов заболевания (полное исчезновение дисфагии или ее существенное уменьшение и др.); по эндоскопическим критериям (отсутствие остатков пищи в пищеводе, уменьшение пищевода в диаметре) и рентгенологическим критериям — скорости эвакуации контрастного вещества из пищевода (рис.4).

Осложнение возникло в 1-м (3,0%) случае — интраоперационное активное кровотечение из линейных разрывов слизистой пищевода, которое остановили при помощи эндоскопических методов. Других осложнений не было.

Рецидивов через 6 месяцев у больных не отмечено.

Положительный эффект кардиодилатации после 1-года наблюдения отмечен у 30 из 33 (90,9%) боль-

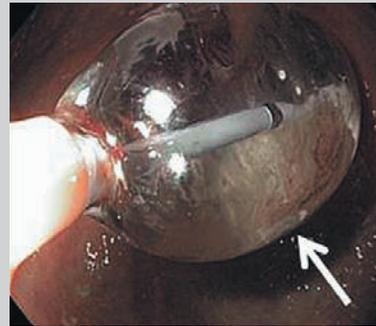


Рис. 2. ЭГДС. Баллонный дилатор в пищеводе (указан стрелкой)

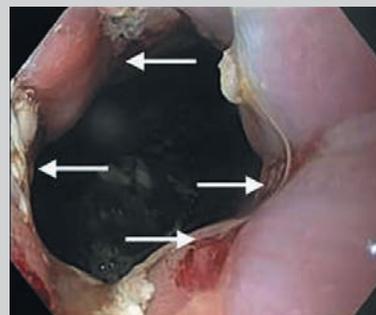


Рис. 3. ЭГДС. Продольные дефекты слизистой нижнего пищевода после сеанса ЭБПКД (указаны стрелками)



Рис. 4. Рентгенограмма. Ахалазия кардии II стадия.
После 3-х сеансов ЭБПКД. Нет задержки контрастного вещества в пищеводе, бариевая взвесь свободно проходит в желудок. Виден газовый пузырь желудка (указан стрелкой)



ных и отсутствие эффекта соответственно лишь у 3 (9,1%) пациентов, что потребовало им повторного курса ЭБПКД.

Курсы дилатации проводили от 2-х до 3-х раз, через 1,5–2 года, ориентируясь на клиническую картину. У 2-х пациентов с рецидивом, возникшим после 3-х курсов ЭБПКД, была выполнена операция — кардиомиотомия по Хеллеру с фундопликацией.

Заключение

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что лечение больных с АК следует начинать с миниинвазивных методов. Использование техники эндоскопической баллонной пневмокардиодилатации позволяет достигать хороших результатов в лечении

больных с АК 1–3 стадии в 90% наблюдений. ЭБПКД останавливает прогресс ахалазии, курсы дилатации можно повторять, после нее редко развивается рефлюкс-эзофагит, при условии назначения антирефлюксной терапии. По нашему опыту, у большинства больных, необходимо выполнение от 1-х до 3-х курсов, включающих 2–3 сеанса ЭБПКД.

Однако если рецидив возникает после трех курсов ЭБПКД, то это может являться показанием к выполнению оперативного лечения — кардиомиотомии с фундопликацией. У больных с АК IV стадии показана субтотальная резекция пищевода с одномоментной пластикой желудочной трубкой и лишь при противопоказаниях, связанных с высоким операционно-анестезиологическим риском, выполняется ЭБПКД.

Эндоскопическое лечение варикозно расширенных вен пищевода

Глушак С. В., зав. отделением эндоскопической хирургии,
Кочергина Е. С., врач-эндоскопист, **Мартыненко И. В.**, врач-эндоскопист, **Масай Ю. В.**, врач-эндоскопист,
Приморская краевая клиническая больница № 1

Раповка В. Г., зав. кафедрой госпитальной хирургии,
Тихоокеанский государственный медицинский университет,
г. Владивосток

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) — одно из самых серьезных осложнений портальной гипертензии, является частой причиной летального исхода больных с циррозом печени. Эндоскопическое склерозирование, лигирование и клипирование ВРВП широко применяются для первичной и вторичной профилактики кровотечений.

Для эндоскопического лечения ВРВП первым начали выполнять склерозирование. В Приморской краевой клинической больнице № 1 склерозирование при ВРВП применялось с 1996 г., было выполнено 26 больным в возрасте 23–68 лет, из них 18 мужчинам (69%) и 8 женщинам (31%). Использовались растворы тромбовара и этоксисклерола, которые вводились интра- и паравазально. В большинстве случаев у 22 пациентов (84%) процедура выполнялась в плановом порядке, у 6 больных (16%) склерозирование проводилось с целью остановки кровотечения из ВРВП. У всех пациентов наступала разной степени облитерация расширенных вен. В одном случае кровотечение остановлено не было, наступил летальный исход. Из-за более высокого риска осложнений по сравнению с лигированием решено было отказаться от данного метода.

С 2007 года выполняется лигирование ВРВП одноразовыми лигаторами фирм COOK, Boston Scientific с 6-ю, 7-ю и 10-ю кольцами. Мы выполняем лигирование при 2 и 3 ст. ВРВП с целью первичной и вторичной профилактики кровотечений.

Первоначально, на этапе освоения методики, лигирование выполнялось только в плановом порядке. После накопления опыта лигирование проводится и у больных, поступивших с кровотечением из ВРВП. Процедура выполняется в отсроченном порядке в течение 24–48 часов.

Были проанализированы результаты лигирования у 69 пациентов с ВРВП с января 2007 г. по декабрь 2015 г.

У 61 пациента лигирование выполнялось планово для первичной и повторной профилактики кровотечений. Мужчин было 28 (46%), женщин 33 (54%), возраст больных был от 21 до 63 лет.

Непосредственные хорошие результаты отмечены у всех пациентов.

После лигирования 18 (29%) пациентов отмечали дисфагию и дискомфорт за грудиной до пяти дней. У 3 (5%) наблюдалось повышение температуры тела в течение двух дней. У 7 пациентов с кровотечением из ВРВП процедура лигирования была выполнена в отсроченном порядке. Мужчин было 4, женщин 3, возраст пациентов — от 27 до 54 лет. У всех пациентов был достигнут стабильный гемостаз, осложнений не было.



Для остановки кровотечения возможно эндоскопическое клипирование кровоточащих ВРВП. Одной пациентке, поступившей с активным кровотечением из ВРВП, было выполнено клипирование дефекта венозной стенки с пульсирующей струей крови в нижней трети пищевода.

Эндоскопические методы остановки кровотечения из ВРВП являются высокоэффективными и безопасными. Считаю необходимым оснащение эндоскопических кабинетов инструментарием для склеротерапии, клипирования и лигирования, для возможности выбора оптимального метода лечения.

Распространенность поражений пищевода у новорожденных и детей первого года жизни по результатам эндоскопического обследования

Жигалова Е. Г., Зорин Н. А., Александренко Н. А.,
КГБУЗ Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства

Панфилова В. Н.,
ГБОУВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ

г. Красноярск



Жигалова Е. Г.



Панфилова В. Н.

Актуальность

Физиологический ГЭР встречается у 50–90% детей первого года жизни и признается физиологическим явлением, не требующим коррекции. При схожести клинической симптоматики, патологический ГЭР ведет к повреждению слизистой оболочки пищевода с развитием эзофагита.

Цель работы

Определить количество детей с патологическим ГЭР у новорожденных и детей первого года жизни и выделить группы риска по развитию эзофагита в этой возрастной группе.

Материалы и методы

Проанализированы результаты ЭГДС у детей первого года жизни, находившихся на лечении в соматическом и хирургическом стационарах многопрофильной детской больницы (Центр охраны материнства и детства — ЦОМД) в 2015 г.

Верхнюю эндоскопию проводили новорожденным массой от 900 г и детям первого года жизни детям со следующими клиническими симптомами: упорные срыгивания, рецидивирующая рвота с примесью крови или желчи, дефицит или плохая прибавка массы тела, а также при наличии респираторных нарушений и эпизодов апноэ. Всего обследовано 92 ребенка до 1 года (58 мальчиков и 32 девочки), из них 26 новорожденных.

При эндоскопическом исследовании прицельно оценивалось состояние слизистой оболочки пищевода, а также степень выраженности моторных нарушений в области пищеводно-желудочного перехода. Оценка выраженности поражения пищевода проводилась в соответствии с эндоскопическими критериями G. Tutgat в модификации В. Ф. Приворотского (Па-

бочий протокол диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей, 2013 г.). Прицельная биопсия слизистой пищевода у детей не проводилась, по причине отсутствия показаний к морфологическому исследованию в соответствии с указанным выше протоколом (расхождение между R-логическими и эндоскопическими данными в неясных случаях, атипичное течение эрозивно-язвенного эзофагита, подозрение на метапластический процесс в пищеводе, папилломатоз пищевода, подозрение на малигнизацию опухоли пищевода).

Результаты

Из 2044 детей находящихся в ЦОМД за 2015 год, ЭФГДС проведена 92 (4,5%) детей в возрасте до 1 года. Из общего количества новорожденных (1460 человек) ЭГДС выполнена 26 пациентам (1,7%), из них 17 мальчиков и 9 девочек. Из общего числа осмотренных детей первого года жизни (92 ребенка = 100%), новорожденные дети составили 28,2%. Изменения слизистой пищевода, соответствующие критериям эзофагита, выявлены у 61,5% обследованных новорожденных, и в 57,6% у пациентов первого года жизни.

Среди новорожденных детей патологический ГЭР наблюдался:

- у недоношенных 10 (38,5%);
- дети с врожденными пороками развития ЖКТ — 7 (26,9%);
- сочетание нескольких заболеваний — 6 детей (23,1%);
- дети от патологической беременности и родов — 5 человек (19,2%);

Среди пациентов до года патологический ГЭР выявлен:

- дети от патологической беременности и родов — 23 (34,8%);
- пациенты с сочетанием 2–3 заболеваний — 8 (12,1%);

Таблица 1. Распределение обследованных больных по степени выраженности эзофагита

Степень эзофагита	Всего N=92	Новорожденные N=26	Дети до года N=66
I степень	43 (46,7%)	13 (50%)	30 (45,4%)
II степень	8 (8,7%)	2 (7,7%)	6 (9,1%)
III степень	2 (2,2%)	1 (3,8%)	1 (1,5%)
IV степень	1 (1,1%)	-	1 (1,5%)
Всего:	54 (58,7%)	16 (61,5%)	38 (57,6%)

- при наличии пищевой аллергии и лактазной недостаточности — 7 (10,6%);
- недоношенные — 5 (7,6%);
- с врожденными пороками развития ЖКТ 3 (4,5%)

Степень выраженности поражения пищевода в соответствии с указанной выше классификацией представлена в таб. 1. Как следует из представленных данных, в большинстве случаев эндоскопические проявления эзофагита ограничивались гиперемией в нижней трети пищевода (46,7% детей), наиболее выраженные изменения слизистой оболочки пищевода (IV степень по классификации G. Tutgat в модификации В. Ф. Приворотского) отмечены только у одного ребенка.

Пациентам с эзофагитом проводится комплексная терапия, с учетом причины поражения пищевода — лечение основного заболевания (врожденных пороков развития, поражения нервной системы, пищевой аллергии,

лактазной недостаточности и т.д.). Обязательна постуральная терапия (кормление ребенка под углом 45–60 градусов, приподнятый головной конец кровати на 10–15 см). При искусственном вскармливании необходим подбор лечебных смесей — антирефлюксные, гидролизные или аминокислотные формулы.

При наличии эрозий в пищеводе применяются ингибиторы протонной помпы.

Выводы

Таким образом, эндоскопические признаки патологического ГЭР выявлены у 58,7% обследованных, без статистической разницы между новорожденными и пациентами 1-го года жизни. Наиболее часто поражения слизистой пищевода выявлялись у недоношенных детей и родившихся от патологически протекавшей беременности и родов. Адекватная оценка данной ситуации позволяет своевременно начать проведение комплексной антирефлюксной терапии.

Литература

1. Приворотский В. Ф., Луппова Н. Е., Бельмер С. В. и др. Рабочий протокол диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей (1-я, 2-я части), Москва, 2013 г.
2. М. И. Дубровская Гастроэзофагеальный рефлюкс у детей раннего возраста. / Практическая медицина. Гастроэнтерология. № 3. 2010.
3. И. Ю. Аникина «Коррекция нарушений вегетативной нервной системы у детей с синдромом рвоты и срыгиваний в первом полугодии жизни» / Вестник ЧГПУ им. И. Я. Яковлева. 2012. № 4 (76). С. 19–27.



Рис. 1. Эзофагит 2–3 ст. у недоношенного новорожденного (срок гестации 33 недели)



Рис. 2. Эзофагит 1 ст. у новорожденного с атрезией тощей кишки (ЭФГДС после операции)



Рис. 3. Эзофагит 1 ст. у ребенка 3 мес. стеноз подвздошной и части толстой кишки



Рис. 4. Нормальный пищевод у новорожденного

Результаты исследования эффективности и безопасности новой гибридной технологии аргано-плазменной коагуляции (HybridAPC) для эндоскопической абляции пищевода Баррета

Кашин С. В., Куваев Р. О., Нехайкова Н. В., Тарасова Е. Л., Ахапкин Н. В.
Ярославская областная клиническая онкологическая больница, отделение эндоскопии

Крайнова Е. А., Надежин А. С.
Ярославская областная клиническая онкологическая больница, патологоанатомическое отделение

г. Ярославль

Пищевод Баррета — это патологическое состояние, при котором часть нормального плоского эпителия слизистой оболочки дистального отдела пищевода замещена метапластическим цилиндрическим эпителием, который достоверно определяется при эндоскопическом исследовании (размером не менее 1 см) выше пищеводно-желудочного перехода и гистологически подтвержден.

В зависимости от гистологических и эндоскопических характеристик метаплазированного эпителия, и учитывая различный предраковый потенциал сегмента метаплазии, в Европе используются следующие рекомендации ведения пациентов:

- при выявлении дисплазии низкой степени в сегменте метаплазии специалистами мультидисциплинарной команды может быть рекомендовано проведение эндоскопического лечения, включающего в себя методику эндоскопической абляции данного сегмента [1];
- при выявлении дисплазии высокой степени или внутрислизистого рака без видимых патологических образований в сегменте метаплазии рекомендовано проведение эндоскопической абляции данного сегмента[2];
- при выявлении видимых патологических образований в сегменте метаплазии рекомендовано проведение эндоскопической резекции этих образований с последующей эндоскопической абляцией оставшихся участков метаплазированного эпителия[3].

Аргано-плазменная коагуляция (argon-plasma coagulation — APC) — широко используемая, бескон-

тактная методика для абляции эпителия пищевода Баррета, но имеющая ряд недостатков. Неравномерная и неполная абляция может приводить к тому, что под слоем нового плоского эпителия остаются фокусы кишечной метаплазии — «захороненный» пищевод Баррета, сохраняющий определённый предраковый потенциал. Также, частым осложнением стандартной APC является рубцовая стриктура пищевода. Совершенствование методики аргано-плазменной коагуляции для абляции пищевода Баррета привело к созданию гибридной технологии аргано-плазменной коагуляции, при которой термическое воздействие на эпителий проводится после введения физиологического раствора в подслизистый слой. Введённая жидкость служит защитным слоем для мышечной ткани[4]. Зонд для гибридной аргано-плазменной коагуляции сочетает в себе две функции: водоструйную и аргано-плазменную, то есть в гибкий зонд для аргано-плазменной коагуляции (диаметром 2,3 мм и длиной 2,2 м) встроен гибкий водоструйный канал для подслизистого введения жидкости под высоким давлением, без применения иглы.

Цель исследования

Оценить эффективность и безопасность гибридной аргано-плазменной коагуляции для абляции пищевода Баррета.

Материалы и методы

В нашем отделении с июля 2014 года по март 2015 года проводилось исследование. У 12 пациентов



Рис. 1. Пищевод Баррета в белом свете, без видимых патологических образований

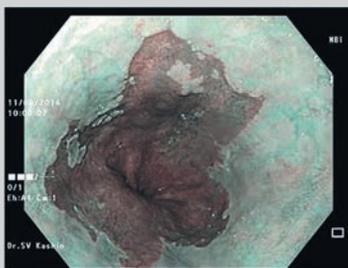


Рис. 2. Пищевод Баррета в узкоспектральном режиме, без видимых патологических образований

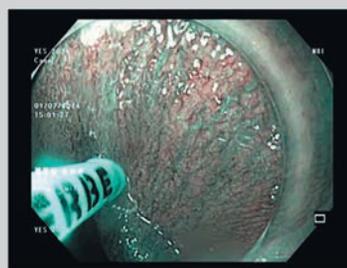


Рис. 3. Введение в подслизистый слой физиологического раствора

(средний возраст 54 года) с пищеводом Баррета (средняя длина сегментов C1 M2 — циркулярный сегмент составил 1 см, максимальный сегмент — 2 см), у каждого из которых была выявлена дисплазия низкой степени в сегменте метаплазии, подтвержденная двумя морфологами, была проведена абляция методикой гибридной аргано-плазменной коагуляции (рисунок 1, рисунок 2).

При гибридной аргано-плазменной коагуляции перед проведением абляции пищевода Баррета слизистая оболочка приподнималась с помощью введения в подслизистый слой под высоким давлением 0,9% физиологического раствора (рисунок 3), при этом использовалась водоструйная система (ERBEJET 2, Erbe Elektromedizin, Tuebingen, Germany). Затем проводилась абляция приподнятой слизистой оболочки Баррета при помощи зонда для гибридной аргано-плазменной коагуляции в режиме PULSED APC, Effect 2, 60 Watt. Далее зона абляции механически очищалась с помощью дистального колпачка для детального осмотра (рисунок 4). Обнаруженные оставшиеся участки пищевода Баррета подвергались повторной абляции с использованием аргано-плазменной коагуляции с более низкой мощностью в режиме PULSED APC, Effect 2, 40–50 Watt.

У всех пациентов после проведенной Hybrid APC с целью кислотосупрессии использовались высокие дозы ингибиторов протонной помпы (эзомепразол 80 мг в сутки), что создавало условия для образования нового плоского эпителия в зоне абляции[5].

Всем пациентам через 1 и 3 месяца после проведенной макроскопически полной абляции пищевода Баррета выполнялась эзофагогастродуоденоскопия — для оценки формирования стриктур, связанных с проведенным эндоскопическим лечением и для проведения биопсий по Сиэттлскому протоколу. Этот протокол предполагает выполнение 4-х квадрантной биопсии, то есть выполняется биопсия в четырех точках по окружности пищевода и на протяжении каждого сантиметра всей зоны прежнего сегмента пищевода Баррета, включающей новую Z-линию и проксимальный край нового плоского эпителия (рисунок 5, рисунок 6).

Результаты

В общем у 12 пациентов с коротким сегментом пищевода Баррета ($\leq 3,0$ см) при макроскопической оценке полная абляция была достигнута в среднем через 2,5 (1–4) сессии Hybrid APC. При контрольных исследованиях через 1 и 3 месяца у этих 12 пациентов было получено 164 биопсии, из них 79,3% биопсий из зоны нового плоского эпителия включали собственную пластинку слизи-



Рис. 4. Абляция пищевода Баррета

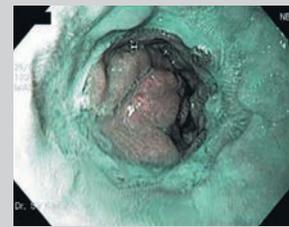


Рис. 5. Новый плоский эпителий, в узкоспектральном режиме, через 3 месяца после абляции



Рис. 6. Биопсия зоны нового плоского эпителия

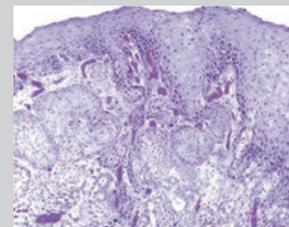


Рис. 7. Гистология - восстановленный плоский эпителий, без фокусов кишечной метаплазии (гематоксилин-эозин)

стой оболочки, наличие которой в биоптате необходимо для верификации «захороненного» Баррета. Ни в одном из случаев под слоем нового плоского эпителия не обнаружены фокусы кишечной метаплазии (рисунок 7), что свидетельствует об отсутствии «захороненного» Баррета (гистологически полная абляция пищевода Баррета в 100% случаев). Средняя продолжительность одной лечебной сессии Hybrid APC составила $14,1 \pm 3,2$ минуты. Перфораций и неконтролируемых кровотечений во время и после процедуры не было.

Выводы

Гибридная аргано-плазменная коагуляция — это новый метод лечения пищевода Баррета с дисплазией низкой степени, который показал себя, как эффективный и безопасный метод, особенно в случаях с коротким сегментом пищевода Баррета. Краткосрочные наблюдения не выявили рецидива пищевода Баррета и каких-либо серьезных осложнений.

Литература

1. Fitzgerald RC, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of Barrett's oesophagus — An Update 2015
2. Pimentel-Nunes P., Dinis-Ribeiro M., et al. Endoscopic submucosal dissection: ESGE Guideline Endoscopy 2015; 47: 829
3. Pimentel-Nunes P., Dinis-Ribeiro M., et al. Endoscopic submucosal dissection: ESGE Guideline Endoscopy 2015; 47: 829
4. H. Manner et al. United European Gastroenterology Journal; 2014: 2 (Suppl. 1)
5. H. Manner et al. Am J Gastroenterol. 2006 Aug;101(8):1762–9

Роль (Актуальность) амбулаторной эндоскопии в диагностике новообразований пищевода

Кифоренко И. В., заведующий эндоскопическим кабинетом

ГБУЗ «Городская поликлиника № 1»

г. Улан-Удэ



Кифоренко И. В.

В последнее время очень большое внимание уделяется раннему выявлению заболеваний, своевременному лечению и проведению динамического наблюдения за пациентами, имеющими хронические заболевания пищевода, предраковую патологию (ПРП), злокачественные новообразования (ЗНО). Разрабатываются и вводятся в практику скрининговые эндоскопические программы, направленные на выявление пациентов с предраковой и доброкачественной патологией (Чесноков Е. В. с соавт., 2014 г.). Как отмечается некоторыми авторами — исследование предраковой патологии органов пищеварения стало стратегическим направлением современной гастроэнтерологии (Юрченко И. Н. и соавт., 2011 г.), одним из решений этой проблемы является проведение массовых профилактических мероприятий по выявлению и лечению предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований (Максимов В. А. и соавт., 2014 г., Reid B. J. et al., 1988).

Учитывая это, следует отметить важную роль эндоскопического метода в диагностике заболеваний пищевода на поликлиническом, амбулаторном уровне. Выявление патологии в процессе скрининговых, диспансерных эндоскопических обследований населения города — это важная часть диагностического процесса в амбулаторной практике. Она позволяет своевременно проводить дифференциально-диагностические процедуры, планировать профилактические и диспансерные мероприятия среди населения, прикрепленного к поликлинике.

Цель исследования — Изучить и проанализировать выявляемость злокачественных заболеваний пищевода у обследуемых жителей города в порядке проведения амбулаторных фиброгастроскопий (ФГДС), эзофагоскопий (ЭС), включая диспансеризацию населения.

Материал, методы и результаты исследования: Амбулаторные эндоскопии

верхних отделов системы пищеварения проводятся в настоящее время достаточно широко, расширяются показания для этих исследований, включая обследование призывников, пациентов, у которых планируются плановые оперативные вмешательства и другие. В этом потоке обследуемого контингента врачу-эндоскописту необходимо обращать внимание на детальную и всестороннюю визуализацию и интерпретацию обнаруженных в ходе ФГДС, ЭС изменений в пищеводе. Особо значимы те изменения в пищеводе, что представляют потенциальную угрозу жизни обследуемых, прежде всего, злокачественные и предзлокачественные изменения.

В условиях городской поликлиники за год (2015г) выполнено 4866 фиброгастроскопий и эзофагоскопий. Нас интересовали эндоскопические изменения пищевода у обследованных лиц. Следует отметить, что в обозначенном году те или иные изменения в пищеводе у пациентов выявлены в 2773 случаях (57% всех обследованных). Основу выявленных эндоскопически патологических состояний составили эзофагиты (2441 или 88% от всех изменений в пищеводе). Эрозивно-язвенные изменения эндоскопически визуализированы у 116 больных (4,2% эзофагитов), катаральные — у 90 (3,2%). Недостаточность пищеводного отверстия диафрагмы в виде пищеводных грыж отмечалась в 242 случаях (8,7%), полипы — в 22 (0,8%), рак пищевода — в 14 (0,5%) выявленных изменений пищевода. Мы отмечаем, что в направлениях на эндоскопические исследования у пациентов с выявленными новообразованиями в пищеводе практически нет указаний на предположительную опухолевую патологию. В одном из 36 случаев выявленных новообразований пищевода в направительном диагнозе («заболевание пищевода») проводился целенаправленный поиск новообразования, было выявлено ЗНО с явлениями органического сужения пищевода в ниж-

нем сегменте органа. Эндоскопическая выявляемость новообразований пищевода фактически была на доклиническом этапе, когда заболевание не проявляло себя клинически. При этом ни один выявленный случай ЗНО пищевода не квалифицировался как «ранний рак», при гистологическом исследовании злокачественный процесс распространялся за пределы слизистой оболочки. Другие изменения пищевода составили 2% и среди них: дивертикулы(3), инородные тела(2), кровотечения(2), стриктуры пищевода(5), кандидоз(6), варикозное расширение вен пищевода (ВРВП)-37.

Выводы

В процессе проведения амбулаторных эндоскопических исследований пищевода, включая диспансерные,— злокачественные новообразования отмечались в 0,5% выявленной эндоскопической патологии. Доброкачественные новообразования пищевода, в основном полипы, составили 0,8%. В 97,3% случаев новообразования пищевода выявлены на доклиническом этапе, что актуализирует амбулаторную, диспансерную эндоскопию в выявлении новообразований пищевода у городского населения.

Литература:

1. Чесноков Е.В., Машкин А.М., Хойрыш А.А., Волчкова И.С., Сагандыков Ж.К., Батырбеков К.У., Преферансов А.Б. Комплексная результативность программы скрининг-эндоскопии желудочно-кишечного тракта // Материалы V Всероссийской научно-практической конференции «Современные достижения эндоскопии», СПб., 2014 г., с. 269–270.
2. Юрченко И.Н., Рожнова О.В. и соавт., Структура заболеваний пищевода по результатам эндоскопического обследования. // Материалы II Всероссийской научно-практ. конф-и «Актуальные вопросы эндоскопии», СПб., 2011 г., с. 32.
3. Максимов В.А., Далидович К.К., Морозкина Т.С. Профилактика злокачественных заболеваний органов пищеварения. М. «Адамант» 2014.— С. 31–33.
4. Reid B.J. Endoscopic biopsy can detect high-grade dysplasia or early adenocarcinoma in Barrett's esophagus without grossly recognizable neoplastic lesions / B.J. Reid, W.M. Weinstein, K.J. Lewin et al. // Gastroenterology.— 1988.— Vol. 94.— № 1.— P. 81–90.

Эндоскопическая диагностика и лечение пищевода Барретта

Кобиашвили М.Г. заведующий отделом эндоскопии,

Михайлова И.А. заведующий отделением эндоскопии клиники № 1,

Шушакова О.В. врач отделения эндоскопии клиники № 1

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России

г. Санкт-Петербург

Цель исследования: уточнить возможности узко-спектральной увеличительной эндоскопии высокого разрешения (endoscope narrow-band imaging system with magnifying (NBI-ME)) в диагностике и роль эндоскопического компонента при лечении пищевода Барретта (ПБ).

Материалы и методы

Проведен анализ диагностической ценности различных способов эндоскопического осмотра с морфологической верификацией для выявления ПБ. Обследовано: рутинным методом — 1252 пациента, с использованием хромоэндоскопии — 81 пациент, осмотров в режиме NBI-ME — 113, контрольных осмотров NBI-ME после аргонно-плазменной коагуляции очагов кишечной метаплазии II типа — 15 пациентов. Результаты: частота выявления пищевода Барретта существенно возросла при осмотре NBI-ME — 56,6% (с гистологическим подтверждением в 90,6% наблюдений) по сравнению с рутинным осмотром — 1,7% (с гистологическим подтверждением

в 47,6% наблюдений). Кишечная метаплазия (КМ) при осмотре NBI-ME в 5,7% соответствовала II типу, которая выявлялась только в сочетании с КМ I типа, согласно гистологическому заключению. В большинстве случаев выявления ПБ при осмотре в режиме NBI-ME преобладала эндоскопическая картина неэрозивного рефлюкс-эзофагита — 89,2%, который по гистологическим критериям в 50% случаев характеризовался как умеренное воспаление слизистой оболочки. При этом протяженность ПБ в 54,6% соответствовала ультракороткому сегменту.

Заключение

Для улучшения эндоскопической диагностики пищевода Барретта целесообразно применять эндоскопию высокого разрешения с функцией NBI в группе пациентов с риском развития ПБ. Пациентам с ПБ при выявлении очагов толстокишечной метаплазии при отказе или при противопоказании хирургического лечения возможно применение АПК в сочетании с консервативным лечением.

Сравнительная эффективность эндоскопического гемостаза в лечении хронических язв верхних отделов ЖКТ, осложненных кровотечением

Короткевич А. Г., Кузнецов В. В., Шестаков И. С.

НГИУВ, МБЛПУ ГКБ № 29

г. Новокузнецк

Проблемы выбора адекватного способа эндоскопического гемостаза, прогноза кровотечения и своевременного хирургического пособия при язвенных кровотечениях из верхних отделов ЖКТ остаются актуальными [1–5]. Оперативная активность при язвенных кровотечениях достигает 4–30% [1, 4], а летальность — 30%–79% [2, 3].

Целью работы было оценить влияние различных методов эндоскопического гемостаза на тактику лечения больных с хроническими язвами верхних отделов ЖКТ.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 285 больных, поступивших в 2011–2014 гг. с клиникой желудочного кровотечения из хронических язв желудка и 12-п.к. Мужчин 197, женщин 88. Возраст 57 ± 11 лет. Всем больным при поступлении или при стабилизации витальных функций выполнялась под местной анестезией видеогастроуденоскопия эндоскопами Олимпас 160 серии или Шторц моделями PKS 13901. Эндоскопический гемостаз выполнялся подслизистой инфильтрацией растворов аминокaproновой кислоты (АКК) или 1% H₂O₂, клипированием, орошение спиртом 96 град 10 мл использовалось как вспомогательный метод во всех случаях для закрепления эффекта гемостаза. Рандомизация метода гемостаза достигалась закреплением конкретной методики за конкретным врачом согласно графика дежурств. Эндоскопический мониторинг выполняли каждые 6–8 часов после первичной эндоскопии до Форрест 3. Рецидивом кровотечения считали наличие крови или «кофейной гущи» при эндоскопическом мониторинге даже без клинических проявлений. При признаках Форрест 2 использовали также превентивный инфильтрационный гемостаз. Медикаментозное противоязвенное лечение было одинаковым, включало нексиум по 20–40 мг 2 раза в сутки болюсно или в инфузате 8 мг/час, восстановление ОЦК и микроциркуля-

ции. Оперативное лечение выполнялось в отсроченном порядке при прогностически высоком риске рецидива или экстренно при рецидивах кровотечения [2, 5].

Результаты

Доля ЯБ в структуре ЖКК по годам существенно не менялась и представлена в таблице 1.

Активность ЖКК при поступлении по Форрест 1 имела место в 35% наблюдений, Форрест 2 в 65% случаев. У мужчин с Форрест 1 (39%) инфильтрация АКК использована в 75%, H₂O₂ — в 25%. Рецидивы в этой группе имели место в 32% в возрасте от 20 до 60 лет. У женщин с Форрест 1 (27%) инфильтрация АКК использована в 65%, H₂O₂ — в 35%. Рецидивы в этой группе имели место в 25% в возрасте старше 60 лет. Форрест 2 имел место у мужчин в 61%, у женщин в 73% случаев. Рецидивы в этой группе отмечены соответственно в 3% и 6%. Клипирование использовали при рецидиве ЖКК, как основной метод или в сочетании с инфильтрацией АКК. Общая частота рецидивов ЖКК при Форрест 1 составила 30%, при Форрест 2–4% ($p = 0,000$). При оценке достоверности статистических различий между методами гемостаза и частотой рецидивов, зависимостью активности ЖКК и полом пациента не выявлено.

Распределение больных по источнику геморрагии представлено в таблице 2. Число оперированных больных уменьшилось, оперативная активность составила 14% при оперативной активности 7% в 2013 г. и 16% в 2014 г. Операцией выбора была резекция желудка. Общая летальность составила 7%.

Высокая частота рецидивов кровотечения в данном исследовании обусловлена выявлением признаков нестабильного гемостаза через 6–8 часов от первичной эндоскопической остановки кровотечения. Отсутствие гипотонии, рвоты или мелены при эндоскопических признаках состоявшегося кровотечения позволяет говорить о неэффективности комбинированного гемостаза

Таблица 1. Доля ЯБ в структуре ЖКК

	2011	2012	2013	2014
Хронические язвы желудка	26%	34%	22%	21%
Хронические язвы ДПК	21%	21%	16%	23%

Таблица 2. Распределение больных по годам

Год	Локализация язвы	Всего	Оперировано		Резекция		Летальность	
			абс	%	абс	%	абс	%
2014	ЯБЖ	38	2	5	0	0	0	0
	ЯБ ДПК	43	11	26	10	91	8	17
2013	ЯБЖ	21	0	0	0	0	0	0
	ЯБ ДПК	15	1	7	1	100	1	7
2012	ЯБЖ	50	4	8	4	100	4	8
	ЯБ ДПК	31	6	19	5	83	4	13
2011	ЯБЖ	48	7	16	6	86	0	0
	ЯБ ДПК	39	9	23	8	89	2	5
Итого		285	40	14	34	85	19	7

и планировать хирургическое вмешательство. Высокая частота клинически значимых проявлений рецидивных кровотечений — 10–35% — в литературе, возможно, указывает на необходимость применения иного способа остановки кровотечения [3, 5]. Вместе с тем, отчетливо видна зависимость уровня летальности от локализации язвы в 12-п.к. и оперативной активности.

Выводы

1. Метод эндоскопического гемостаза не имеет решающего значения в обеспечении окончательной

остановки кровотечения при Форрест 1, но позволяет своевременно при мониторинговании определить показания или отсрочить хирургическое лечение.

2. Комбинированный эндоскопический гемостаз обладает высокой эффективностью при Форрест 2.
3. Определение баланса между настойчивым эндоскопическим комбинированным гемостазом и оперативным лечением остается проблемой выбора при язвенных кровотечениях.

Литература

1. Выбор метода гемостаза при язвенном гастродуоденальном кровотечении/Ермолов А.С., Пинчук Т.П., Тетерин Ю.С., Песня-Прасолова Е.А., Вычужанина Е.В.//Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2012. № 1. С. 40–43.
2. Тимошенко В.О. Новые технологии диагностики и лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений: автореф. дисс, д.м.н.— Москва, 2002
3. Эндоскопический комбинированный гемостаз. Патогенетические механизмы лечебного воздействия при гастродуоденальных язвах, осложненных тяжелой кровопотерей и геморрагическим шоком/ Тимен Л.Я., Шерцингер А.Г., Трубицына И.Е., Чикунова Б.З.//Хирургическая гастроэнтерология 2010. № 2. С. 40–42
4. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: выбор тактики при кровотечении/Жерлов Г.К., Кошель А.П., Воробьев В.М., Ермолаев Ю.Д.//Бюллетень сибирской медицины. 2006. Т. 5. № 1. С. 76–80.
5. The role of endoscopy in the management of patients with peptic ulcer disease/ S. Banerjee, B.D. Cash, J.A. Dominitz et al.// Gastrointestinal Endoscopy 2010 Volume 71, No. 4: 663–668

Сравнительная эффективность методов первичного эндоскопического гемостаза при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода

Короткевич А. Г., Шестак И. С., Захарченко Е. В., Леонтьев А. С., Ефремова О. Р., Шадрин М. А., Маринич Я. Я.

НГИУВ, МБЛПУ ГКБ № 29, ГКБ № 22

г. Новокузнецк

Актуальность

За последние 10 лет в литературе появляется все больше работ, обсуждающих и рекомендуемых первичный эндоскопический гемостаз при варикозных кровотечениях из пищевода. Зонд Блэкмора рекомендуется использовать только при неудаче эндоскопии или декомпенсированном циррозе печени [5,6,8]. Вместе с тем, использование баллона-обтуратора даже после успешного эндогемостаза остается стандартом [1–3].

Целью нашей работы было определить эффективность различных способов первичного эндоскопического гемостаза при активных кровотечениях из варикозных вен пищевода.

Материал и методы

Двухцентровое исследование. Анализу подверглись 115 медицинских карт больных, поступивших на высоте пищевода кровотечения в 2011–2013 гг. Мужчин 79, женщин 36. Возраст 49±7 лет. Неотложная эндоскопия выполнялась при поступлении в шоковой палате, отделении реанимации или процедурном кабинете гастроскопии в зависимости от тяжести нарушений

витальных функций. Рандомизация способа гемостаза осуществлялась двойным слепым методом: по дням госпитализации в стационары и использованием конкретных методов гемостаза конкретными врачами по графику неотложной помощи. В ГКБ № 29 использовали без применения зонда обтуратора паравазальный инфльтрационный гемостаз растворами 1% H₂O₂ и 5% аминокaproновой кислоты, внутрисосудистое введение микропены 3% этоксисклерола [4,7]. В ГКБ № 22 применяли паравазальный инфльтрационный гемостаз раствором 5% АКК с интравазальным введением 40% раствора глюкозы 10–20 мл с последующей компрессией зондом Блэкмора. Контрольное исследование выполняли через 8 часов от первичного гемостаза для определения способа и выполнения вторичной профилактики кровотечения.

Результаты

Преобладали пациенты с запущенной стадией цирроза (табл. 1). Из 9 больных при профузном кровотечении и неудачной попытке первичного эндогемостаза у 6 установлен зонд Блэкмора. У 5 из них при удалении зонда возник рецидив кровотечения. Оперированы 7 боль-

Таблица 1. Результаты использования эндоскопического гемостаза при ВРВ пищевода

	Класс цирроза		Первичный эффект гемостаза		Рецидив до 2 суток		Склеротерапия/лигирование		Смерть			
	В	С	абс	%	абс	%	абс	%	До 10 сут	До 30 сут	Всего	%
Микропена этоксисклерола 3% интравазально	2	2	4	100	0	0	4	100	0	1	1	25
1% раствор H ₂ O ₂	3	12	14	93,3	2	14,3	10	67	1	3	4	26,6
5% раствор АКК	6	64	62	88,5	18	29	24	39	14	17	31	50
Эндогемостаз+зонд Блэкмора	8	18	26	100	4	15,4	11	42	3	8	11	42,3
Всего	19	96	106	92,1	24	22,4	49	45,8	18	29	47	40,9

ных (2 экстренно, 5 при рецидиве). Умерли 47 больных (40,9%). Средний объем растворов для подслизистой инфильтрации составил при использовании АКК — 60 ± 10 мл, при H_2O_2 — 25 ± 5 мл, микропена этоксисклерола — 14 мл.

Осложнений при паравазальном гемостазе не отмечено.

Достоверных различий между первичным эффектом методов гемостаза, частотой лигирования и летальностью не найдено ($\chi^2=1,58$, $p=0,2083$; $\chi^2=0,3$, $p=0,5865$), технических трудностей лигирования после гемостаза не склерозирующими растворами не отмечено. Попытка лигирования после внутрисосудистого введения микропены этоксисклерола

оказалась неудачной из-за ригидной толстой стенки вены.

Выводы

1. Технически грамотный инфильтрационный гемостаз не склерозирующими растворами является эффективной альтернативой зонду Блэкмора
2. Использование внутрисосудистого введения микропены этоксисклерола на высоте кровотечения является перспективным способом остановки кровотечения, сочетаясь со склеротерапией
3. После внутрисосудистого введения микропены этоксисклерола методом дальнейшей эрадикации вен может быть только склеротерапия.

Литература

1. Жигалова С.Б. Эндоскопические технологии в лечении и профилактике кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией: автореф. ... д.м.н.— М., 2011—45 с.
2. Лечебная тактика при острых пищеводно-желудочных кровотечениях у больных с портальной гипертензией/С.Т. Турмаханов С.Т., Г.Н. Андреев, И.А. Макиенко, Р.В. Кадырбаев // Хирургия 2009; 9: 46–49
3. Лечение больных циррозом печени, осложненным кровотечением/ Ганцев Ш.Х., Кулакеев О.К., Абдурахманов Б.А., Арыбжанов Д.Т.//Казанский медицинский журнал. 2009. Т. 90. № 3. С. 380–383.
4. Профилактика кровотечений из варикозных вен пищевода у больных с внепеченочной портальной гипертензией / А.П. Кошевой, А.И. Хоменчук // Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии: Матер. VIII науч.— практ. конф. хир. ФМБА; Северск, 26–27 окт. 2006 г.— Северск, 2006.— С. 88–89.
5. Федосьина Е.А., Маевская М.В., Ивашкин В.Т. Принципы терапии портальной гипертензии у больных циррозом печени// РЖГК 2012-№ 5- с. 46–55
6. Филиппенко П.С. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода // Медицинский вестник Северного Кавказа 2007.— № 4.— с. 58–63
7. Эндоскопическое склерозирование вен пищевода и желудка при портальной гипертензии / Г.К. Жерлов, А.П. Кошевой, Д.Н. Чирков, Н.С. Рудая // Матер. Третьего Межд. хир. конгр.; Москва, 21–24 февр. 2008 г.— М., 2008.— С. 138–139.
8. Park W.G., Yeh R.W., Triadafilopoulos G. Injection therapies for variceal bleeding disorders of the GI tract// Gastrointestinal Endoscopy 2008 Volume 67, No. 2: 313–323

Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода

Косолапов В. В., Чудаков А. В., зав отделением Иванов А. В.

Благовещенская городская клиническая больница

г. Благовещенск

Варикозно расширенные вены пищевода и желудка формируются при портальной гипертензии. Локализуются в подслизистом слое нижнего отдела пищевода и представляют собой портосистемные коллатерали, связывающие портальное и системное венозное кровообращение. С 2013 года по 2015 в нашей клинике при выполнении ФГДС всего выявлено 617 случаев ВРВП: 2013 г. — 153; 2014 г. — 224; 2015 г. — 240.

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка — одно из наиболее тяжелых осложнений портальной гипертензии, сопровождающееся высокими показателями летальности. Нами в период с 2013 г по 2015 г. выявлено 154 случая кровотечения и ВРВП из них 2013 г. — 50 сл.; 2014 г. — 58 сл.; 2015—46 случаев.

На сегодняшний день среди эндоскопических методов остановки кровотечения и профилактики его рецидива наиболее нами широко применяется метод эндоскопической инъекционной склеротерапии (ЭС). Используется препарат «Этоксисклерол»

Технические особенности метода различаются по способу введения склерозирующего вещества: а) интравазальная склеротерапия — если препарат вводится непосредственно в варикозно-расширенный узел; б) паравазальная склеротерапия — когда препарат вводится в подслизистый слой из нескольких точек рядом с варикозно расширенным узлом; в) комбинированный метод — предполагает использование комбинацию двух первых методик. В нашей больнице предпочтительнее используют комбинированный метод. Данную методику мы используем для остановки продолжающегося кровотечения и для вторичной профилактики кровотечения. В период с 2013 по 2015 г

данная методика была применена у 43 пациентов, в отсроченном порядке. В 2013 г выполнено 18 эндоскопических склерозаций (ЭС); 2014 г — 19 ЭС; 2015 г — 20 ЭС. Добиться устойчивого гемостаза при данной методике удалось в 95 % случаев 41 пациент, рецидив кровотечения возник у 17 пациентов 40 %, рецидив развивался спустя 4–9 дней после процедуры. В связи с этим приходилось проводить повторную процедуру склерозации.

Так же в нашей клинике с декабря 2015 года внедрен метод эндоскопического лигирования ВРВП. Операция выполнена 4 пациентам, без осложнений. Применяется для вторичной профилактики, после остановки кровотечения. Рецидивов кровотечения не было. Эндоскопическое лигирование проводилось с использованием медикаментозной седации. Планируется продолжить эндоскопическое лигирование вен пищевода с последующим анализом результатов.

Выводы

1. Кровотечение из варикозных вен пищевода остается грозным осложнением, нередко приводящей к смерти больного.
2. Применение склерозантов для остановки кровотечения вполне оправданно, но дает высокий процент рецидива (до 40 %) в ближайшее время. В связи с этим требуются дополнительные сеансы склерозации, что не очень удобно для пациента, т.к. необходима установка зонда Блэкмора.
3. Лигирование варикозных вен современный метод требующий специального аппарата -лигатора. Метод лигирования дает меньший процент осложнений и рецидива, но дорог в применении.

Эндоскопия высокой чёткости и «цифровая хромоскопия» в диагностике Пищевода Барретта. Первый опыт применения технологии «i-scan»

Морозов Д. М., врач-эндоскопист, Кузнецова Е. Е., врач-эндоскопист, Смирнова Е. А., врач-эндоскопист
Березняковский А. А., зав. эндоскопическим отделением, врач-эндоскопист
Клюева О. В., врач-патологоанатом
ГБУЗ ЯО «Городская больница № 1»

Исаев А. Р., зам. главного врача по лечебной работе, врач-эндоскопист
ГБУЗ ЯО «Городская больница № 2».

г. Рыбинск

Применение технологий получения изображения высокого разрешения и чёткости в медицине вывело эндоскопическую диагностику на качественно новый уровень. Ещё одним фактором этого стало использование технологий усиления изображения слизистой оболочки органов ЖКТ (как оптических, так и цифровых), которые во многих литературных источниках объединяются под термином «электронная хромоскопия»/«виртуальная хромоскопия»/«узкоспектральная эндоскопия». Данный термин относится к методам эндоскопической визуализации, позволяющим сделать изображение структур поверхности слизистой оболочки и её сосудистого рисунка более чётким и контрастным, и как следствие — более информативным.

Одним из примеров, сочетающих в себе такие технологии являются процессоры и эндоскопы серии «i» компании Pentax Medical с реализованной в них системой «i-scan». В основе «i-scan» лежат цифровые алгоритмы обработки изображений высокой чёткости, полученных в белом свете. «i-scan» включает в себя режимы surface-enhancement (SE), contrast-enhancement (CE), tone-enhancement (TE). SE улучшает видимость архитектуры сосудов и структур слизистой путём усиления локализованных колебаний яркости. CE улучшает различимость красных структур путём определения участков с низкой яркостью. TE изменяет цветовой спектр в сине-зелёную область. В свою очередь режимы «i-scan 1», «i-scan 2», «i-scan 3» представляют из себя сочетание значений SE, TE и CE. «i-scan 1» по сути представляет из себя структурное усиление в белом свете, для «i-scan 2» характерно смещение цветового спектра в сине-зелёную область, а в «i-scan 3» сужение цветового спектра дополняется увеличением освещённости более отдалённых участков.

Одной из областей применения данной системы в нашей практике стала диагностика Пищевода Барретта.

Цель исследования

Проанализировать первый опыт и результаты применения системы с изображением высокой чёткости (HD) и «электронной хромоскопией» (i-scan) в диагностике Пищевода Барретта.

Материалы и методы

На базе эндоскопического отделения ГБУЗ ЯО «Городская больница № 1» за 2014 и 2015 годы выполнено 7219 исследований верхних отделов ЖКТ. Среди данной группы у 27 пациентов выявлены сегменты цилиндроклеточной метаплазии в пищеводе, протяжённостью более 1 см. Все исследования осуществлялись с использованием эндоскопических комплексов Pentax EPK и эндоскопов серии «90i» (Pentax Medical). У всех пациентов данной группы осуществлялся анализ метапластического сегмента в белом свете и с использованием режимов «i-scan 1», «i-scan 2», «i-scan 3». Все исследования осуществлялись при отсутствии эрозивных изменений в пищеводе, в том числе после курса приёма ингибиторов протонной помпы. При каждом исследовании определялись: уровень пищеводно-желудочного перехода, протяжённость циркулярного сегмента цилиндроклеточной метаплазии, максимальную длину сегмента цилиндроклеточной метаплазии, характер ямок в данном сег-



Рис. 1. Осмотр области пищеводно-желудочного перехода в белом свете

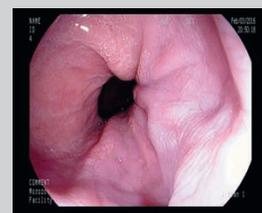


Рис. 2. Режим «i-scan 1»



Рис. 3. Режим «i-scan 2»

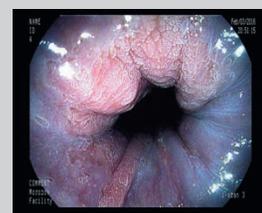


Рис. 4. Режим «i-scan 3»

менте и сочетание их видов, равномерность/неравномерность структуры поверхности. При выявлении округлых ямок и равномерной структуры поверхности прогнозировалось отсутствие специализированной кишечной метаплазии и дисплазии. При выявлении овальных, продольных и ворсинчатых гребневидных ямок предполагалось наличие специализированной кишечной метаплазии в данных локусах. При выявлении неравномерности структуры поверхности, наличии трудно дифференцируемых крипт делалось предположение о наличии в данных участках диспластических изменений. Далее выполнялась щипцовая биопсия. Первым этапом выполнялся забор материала из очагов с неравномерной структурой и ямочным рисунком, из очагов с вариантами гребневидных крипт, а при отсутствии таковых — из очагов с округлыми криптами. Вторым этапом осуществлялась стандартная четырёхквadrантная биопсия.

Результаты гистологических исследований и их корреляция с эндоскопической картиной:

У 10 пациентов в сегменте цилиндроклеточной метаплазии были визуализированы округлые ямки, равномерная структура поверхности и характер распределения ямок. Во всех случаях гистологом описан фундальный или кардиальный эпителий, специализированная кишечная метаплазия отсутствует.

У 15 пациентов в сегменте цилиндроклеточной метаплазии были выявлены овальные, продольные и ворсинчатые гребневидные ямки, структура поверхности равномерная. В 13 случаях из 15 (87%) в гистологическом заключении фигурировала специализированная кишечная метаплазия.

У 2 пациентов в сегменте цилиндроклеточной метаплазии были найдены участки с неравномерной поверхностью, с овальными и ворсинчатыми гребневидными ямками, отдельные группы ямок было трудно дифференцировать по типу. В гистологической картине было отмечено наличие дисплазии данных участках.

По первым результатам наблюдается достаточно высокая корреляция между эндоскопическими данными и гистологическими заключениями, что позволяет определять чёткие критерии для формулировки диагноза.

Выводы

Эндоскопические системы с изображением высокого разрешения и чёткости совместно с технологиями «электронной хромоскопии» характеризуются высокой эффективностью в диагностике Пищевода Барретта. Они позволяют выявить дополнительные характеристики макроморфологии слизистой оболочки, выполнить прицельную биопсию, с высокой достоверностью спрогнозировать гистологическое заключение, чётко определить диагностические критерии.

Миниинвазивные метода лечения болезней искусственного пищевода

Низамходжаев З. М., Лигай Р. Е., Цой А. О., Хаджибаев Ж. А.

АО «РСЦХ им. акад. В. Вахидова»

г. Ташкент, Узбекистан

Цель

Определить тактику лечения болезней искусственного пищевода (БИП)

Материалы и методы исследования

В период с 1991 по 2013 годы в отделении хирургии пищевода и желудка, было произведено 338 пластик пищевода по поводу следующих патологий: tumor пищевода — 193 (51,7%) больных, постожоговое рубцовое сужение пищевода — 116 (34,3%) больных, ахалазия кардии — 21 (6,2%) больной, стенозирующий рефлюкс-эзофагит — 7 (2%) больных, травма пищевода — 1 (0,3%) больной. Больным были выполнены следующие виды операций: субтотальная экстирпация пищевода с гастропластикой — 222 (65,6%) больных, шунтирующая колопластика — 114 (33,7%) больных, шунтирующая энтеропластика — 2 (0,6%) больных. В различные сроки после операций, обследовано 254 больных, при этом БИП диагностированы у 91 (35,8%), а у 163 (64,2%) пациентов органической патологии со стороны искусственного и естественного пищевода не выявлено.

Результаты и обсуждения

Из числа больных с БИП, у 68 больных диагностирована рубцовая стриктура проксимального соустья, при этом в 54 случаях проведены миниинвазивные методы расширения рубцовой стриктуры, такие как бужирование стриктуры, эндоскопическое диатерморасширение стриктуры и гидробаллонная дилатация.

Оценка эффективности инструментального расширения стриктуры (ИРС) нами проводилась по крите-

риям, предложенным Годжелло Э. А. (2002г). В зависимости от эффективности ИРС, результаты распределились следующим образом: эффективное — 45 (83,3%), неэффективное — 7 (12,9%) и невозможное — 2 (3,7%). Больным с неэффективными результатами ИРС и при невозможности их применения выполнялась реконструкция проксимального соустья, либо повторные курсы ИРС.

23 больным выполнены следующие повторные хирургические вмешательства: ремобилизация шейного отдела пищевода и шейного отдела колотрансплантата с наложением косопоперечного эзофагоколоанастомоза — 1 больной; резекция избыточной петли колотрансплантата — 2 больных; разобщение пищеводно-трахеального свища — 1 больной; разобщение ранее наложенного анастомоза, ушивание естественного пищевода с наложением нового соустья — 1 больной; операция — 10 больным; операция в модификации отделения — 4 больным; резекция анастомоза с созданием нового соустья — 3 больным и шунтирующая колопластика — 1 больной.

Летальных исходов не наблюдалось.

Заключение

Миниинвазивные вмешательства в лечении рубцовых стриктур проксимального соустья, являются эффективным методом лечения и реальной альтернативой повторному хирургическому вмешательству. Выбор способа повторных хирургических вмешательств у больных с БИП зависит от характера наступивших осложнений и метода первичной пластики пищевода.

Современная диагностика и лечение пищевода барретта

В. Н. Новиков, А. В. Сандрацкая, А. А. Калинин, Э. В. Яковлева

Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермский клинический центр Федерального медико-биологического агентства

г. Пермь

Патологический процесс, сопровождающийся цилиндроклеточной метаплазией плоского эпителия пищевода, впервые описан английским хирургом Норманном Руппертом Барреттом в 1950 году. Американская Академия гастроэнтерологии дает следующее определение пищевода Барретта: эндоскопически определяемое изменение слизистой оболочки пищевода любой протяженности, имеющее гистологическое строение, соответствующее кишечной метаплазии. Европейский консенсус гастроэнтерологов (6 конгресс OESO, 2003) дает несколько более широкое определение: пищевод Барретта — поражение пищевода, при котором происходит замещение нормального плоского эпителия железистым эпителием на участке любой протяженности, располагающемся выше гастроэзофагеального соединения, которое может быть выявлено макроскопически и подтверждено при помощи гистологического исследования.

В течение последних десятилетий отмечается неуклонный рост аденогенного рака пищевода [3,4], среди предрасполагающих факторов возникновения которого

особое место занимает цилиндроклеточная метаплазия эзофагеального эпителия [1,2].

По нашим данным пищевод Барретта определен у 16% пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью [5].

Цель исследования — оптимизация диагностики и лечения пациентов с пищеводом Барретта.

Материал и методы исследования

Среди 56 больных с пищеводом Барретта у 7 (9%) нами определено значительное утолщение метаплазированного эпителия (Рис. 1), что у 2 пациентов при использовании фульгурации в воздушной среде (1) и аргон — плазменной коагуляции в режиме «precise» (1) привело к рецидиву патологического процесса. Следует отметить, что пациенты с утолщением эпителиального слоя и множественными фокусами дисплазии (Рис. 2) выявлены нами за последние три года. Ранее пациентов с подобным течением заболевания мы не встречали. Протяженность пораженного сегмента менее 3 см зафиксирована у 2 больных, более 3 см — у 5. Возраст — от 32 до 61 года. Мужчин было 5, женщин — 2.

Диагностика включала: видеоэзофагогастроскопию (визуальная оценка по Sovary-Miller, осмотр в поляризованном свете или хромоскопия, оценка структуры и функции кардиального жома, биопсия щипцами участков, подозрительных на нерегулярность структуры), при неоплазии — эндосонография пищевода, суточная рН — метрия, рентгеноскопия пищевода и желудка. При эндоскопическом исследовании в последние годы обязательно используем способы повышения качества визуализации: высокое разрешение (HD+ и Full HD); улучшение качества изображения структуры слизистой (i-scan SE); улучшение оттенка цветности изображения (i-scan TE); сверхмощный источник света (chroma); поляризованный свет (spectra A и B); определение индекса гемоглобина (Hb E), а также использование дистального светофильтра (NBI, SBI). Применение перечисленных опций позволило улучшить диагностику параметров цилиндроклеточной метаплазии и прицельно забирать материал для гистологического исследования.

Результаты и их обсуждение

5 пациентам нами выполнена аргон — плазменная коагуляция в режиме «forced» после гидропрепаровки метаплазированной слизистой оболочки.

После оценки параметров сегмента метаплазированной эпителии и определения наиболее измененного участка проводилась гидропрепаровка слизистой оболочки пора-



Рис. 1. Эндофото. Утолщенный метаплазированный эпителий абдоминального отдела пищевода (i-scan SE)

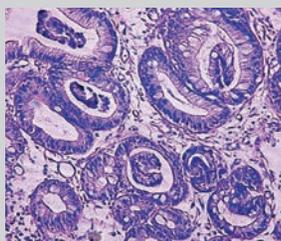


Рис. 2. Микрофото. Пищевод Барретта. Гистоархитектоника напоминает структуру кишки, ворсинчатые образования выстланы желудочным и кишечным эпителием. В железах признаки умеренной дисплазии. Окр. гематоксилином и эозином, ув. х 200



Рис. 3. Эндофото. Гидропрепаровка слизистой оболочки пораженного сегмента



Рис. 4. Эндофото. Фракционная гидропрепаровка метаплазированной слизистой оболочки

женного сегмента (Рис. 3) путем 3–4 инъекций физиологического раствора. Расход физиологического раствора 10–14 мл. В последующем при выполнении аргон — плазменной коагуляции в ряде случаев дополнительно вводили 2–4 мл. В результате гидропрепаровки всегда отмечалось значительное сужение просвета пищевода, которое быстро ликвидировалось в результате всасывания физиологического раствора в подслизистом слое. В 1 случае нами использован гибридный нож. Гидропрепаровка слизистой оболочки в этом случае осуществлялась фракционно в процессе аргон — плазменной коагуляции (Рис. 4). После мобилизации наиболее измененных участков слизистой, в которых, как правило, определялась дисплазия эпителия, их резецировали с помощью диатермической петли. Захватив участок слизистой оболочки петлей, осуществляли несколько осторожных смещений в дистальном и проксимальном направлениях, что способствовало формированию «ложной ножки». Коагулировали ложную ножку в классическом режиме. В 2 случаях отсечение проводили в режиме «резание», в 3 случаях использовали режим «EndoCat» (Рис. 5). Резецированный участок подвергали гистологическому исследованию. Аргон — плазменную абляцию слизистой оболочки осуществляли в режиме «forced» с помощью нескольких зондов: с аксиальным выходом плазменной струи — 3, с круговым выходом — 1 и гибридный — 1. Начинали воздействие с проксимальной части пораженного сегмента, затем маркировали дистальную границу зоны поражения, а в последующем подвергали абляции весь метаплазированный участок (Рис. 6). Протяженность слизистой оболочки, подвергнутой абляции, от 3 до 9 см. Повреждения мышечной оболочки органа, что обычно приводит к кровотечению и формированию грубого рубца, нами не отмечено.

После операции всем больным в желудок устанавливали термопластический зонд 5–6 мм для декомпрессии, который удаляли на вторые сутки и начинали лечение ингибиторами протонной помпы, в качестве которых использовали эзомепразол в дозе 40 мг в сутки. У всех наших больных через 6–8 недель определен нежный циркулярный рубчик и полная эпителизация дефекта (Рис. 7 а, б). При гистологическом исследовании во всех случаях обнаружена регенерация плоского эпителия.

Осложнений после выполнения вмешательств нами не отмечено. Длительность пребывания больного в стационаре 1–2 дня.

После эндоскопического контроля и гистологического анализа слизистой оболочки пищевода 2 больным



Рис. 5. Эндифото. Резекция фрагмента метаплазированной слизистой оболочки пищевода



Рис. 6. Эндифото. Аргон — плазменная абляция метаплазированной слизистой оболочки пищевода



Рис. 7. Эндифото. Нежный циркулярный рубчик, покрытый плоским эпителием, (а). То же в режиме СВИ (б)



выполнена антирефлюксная операция, 3 — вмешательство предстоит.

Выводы

1. Цилиндроклеточная метаплазия слизистой оболочки пищевода, протекающая с утолщением эпителиального слоя слизистой оболочки и дисплазией, является показанием к аргон — плазменной ее абляции в режиме «forced» после гидропрепаровки физиологическим раствором.
2. Резекция наиболее измененных участков слизистой оболочки с их гистологическим исследованием и абляция всего сегмента метаплазированного эпителия проводятся одновременно.
3. Аргон — плазменная абляция и резекция слизистой оболочки пищевода при тщательном исполнении отличаются минимальной инвазивностью, что позволяет сократить пребывание больных в стационаре до 1–2 дней.
4. Использование гибридного зонда оптимизирует выполнение гидропрепаровки и абляции и сокращает время вмешательства.

Литература

1. Василевский Д. И. Эндоскопия в выявлении цилиндроклеточной метаплазии и аденокарциномы пищевода / Д. И. Василевский, Д. С. Силантьев, К. В. Михалева с соавт. // *Клин. энд.* — 2013. — № 4. — Т. 42. — С. 2–5.
2. Hurschler D. Increased detection rates for Barrett, s oesophagus without rise in incidence of esophageal adenocarcinoma / D. Hurschler, J. Borovicka, J. Neuweiller et al. // *Swiss. Med. Wkly.* — 2003. — Vol. 133. — P. 507–514.
3. Melhado R. The Changing Face of Esophageal Cancer / R. Melhado, D. Alderson, O. Tucker // *Cancers.* — 2010. — Vol. 2/ — P. 1379–1404.
4. Mudan S. Epidemiology and Clinical Presentation in Esophageal Cancer / S. Mudan, Kang J. — Y. // *Cambridge University Press.* — 2008. — P. 1–10.
5. Novikov V. N. Endosurgical treatment of gastroesophageal reflux disease complicated with Barrett oesophagus / V. N. Novikov, N. V. Loschkina, G. G. Friend, A. S. Ivanjuk / 19 Internat. Congress of the EAES. — Geneva, 2011. — P. 288.

Клинико-эндоскопические параллели гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей

Панфилова В. Н., Титова Ю. А.,
ГБОУВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ;

Жигалова Е. Г., Третьякова Т. В.,
ГКБУЗ Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства (ЦОМД)

г. Красноярск

Актуальность

Проблема гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в настоящее время стала одной из активно изучаемых и обсуждаемых в детской гастроэнтерологии. Это связано с нарастающей распространенностью выявляемых изменений слизистой оболочки пищевода у детей, в том числе раннего возраста, а также — разнообразием клинических проявлений (включая внепищеводные симптомы), затрудняющих адекватное понимание проблем пациента. По данным литературы, распространенность ГЭРБ в детской популяции колеблется от 2–4 % до 8,7–49%, что свидетельствует об отсутствии единых подходов в диагностике, и возможной гипер- и гиподиагностики заболевания.

Цель

Проанализировать спектр и выраженность клинических проявлений у детей с ГЭРБ, верифицированной по результатам эндоскопического исследования. гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей которым на основании эндоскопического исследования был установлен диагноз ГЭРБ. Установить частоту пищеводных и внепищеводных проявлений ГЭРБ. Сопоставить клинические проявления гастроэзофагеальной болезни у детей с эндоскопически негативной и позитивной формой заболевания.

Объект и методы исследования

Проведен анализ 35 историй болезни детей специализированного гастроэнтерологического отделения и 45 амбулаторных карт пациентов ЦОМД с установленным диагнозом ГЭРБ. Верификация диагноза проводилась на основании клинического и инструментального обследования больных, с обязательной ЭФГДС. Для оценки степени повреждения слизистой оболочки пищевода использовалась

классификация рефлюкс-эзофагита у детей по G. Tytgat в модификации В. Ф. Приворотского (2013 г.). Все пациенты распределены на 2 группы: в 1 группу включены 35 детей с эндоскопически-позитивной ГЭРБ в возрасте от 5 до 17 лет, средний возраст — $13,1 \pm 2,47$ лет; 2 группа — 45 детей с эндоскопически-негативной ГЭРБ, средний возраст $11,15 \pm 3,36$ лет.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием компьютерных программ «Biostat» и «Microsoft Excel».

Результаты исследования

Распределение по полу показало статистически значимых различий — ГЭРБ у лиц женского пола в 1 группе установлена в 62,2%, во 2 группе — у 51,4%.

В клинических рекомендациях ESPGHAN/ NASPGHAN от 2009 года ГЭРБ определяется как «заболевание, при котором рефлюкс желудочного содержимого вызывает неприятные симптомы и / или осложнения. Следовательно, диагностика может основываться как на клинических проявлениях (т.н. «типичный рефлюксный синдром» — изжога и кислотная регургитация), так и на результатах ЭФГДС (рефлюкс-эзофагит, рефлюксная стриктура, пищевод Барретта, аденокарцинома). В указанном выше документе подчеркивается, что в случае типичной клиники проведение ФЭГДС пациентам не обязательно.

У обследованных пациентов 1 группы (те, кому диагноз ГЭРБ поставлен на основании ФЭГДС) характерные клинические признаки заболевания отмечены лишь у 9 детей (25,7%). Наиболее частой жалобой у детей была абдоминальная боль (54,3% пациентов) — симптом, не являющийся специфичным для ГЭРБ. Характерный симптом ГЭРБ — изжога отмечали 20% детей. Эндоскопически выявлены: гиперемия нижней трети пищевода



Панфилова В. Н.



Жигалова Е. Г.

(эзофагит 1 степени) — у 29 (82,9%); единичные эрозии (эзофагит 2 ст.) — у 3 детей (8,6%); язва и пептический стеноз пищевода — у 1 больного (2,9%); недостаточность кардии — 28 человек (80%).

Во 2 группе (дети с неизменной СО пищевода, но яркими клиническими проявлениями) изжога и кислотная регургитация выявлены у 39 из 45 детей (86,6%). Боль в животе регистрировалась у 82,2% обследованных, кислая отрыжка — у 55,5%, и изжога — у 57,8% больных. При ЭФГДС отмечалась только недостаточность кардии у 16 детей (35,6%).

Внепищеводные симптомы ГЭРБ, а именно — бронхиальная астма, встречались редко: у 3 детей (8,6%) в 1 группе и у 1 ребенка (2,2%) в группе 2.

Выводы

Таким образом, эндоскопически ГЭРБ верифицирована у 82,9% детей по факту гиперемии нижнего отдела пищевода, эрозивные поражения пищевода у детей редки. Клинические признаки ГЭРБ при этом отмечаются у 20% обследованных. Вероятно, необходимы дополнительные исследования для уточнения правомочности установления диагноза ГЭРБ у детей без клиники с гиперемией слизистой нижней части пищевода. Особенностью ГЭРБ у детей является диссоциация клинической и эндоскопической картины, о чем свидетельствует отсутствие изменений в пищеводе у пациентов с типичными клиническими симптомами.

Литература:

1. Приворотский В. Ф., Луппова Н. Е., Бельмер С. В. и др. Рабочий протокол диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей (1-я, 2-я части), Москва, 2013 г.
2. Vandeplass Y., Rudolph C. D., Di Lorenzo C., Hassall E., Liptak G., Mazur L. et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) // J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2009; 49: 498–547.
3. Lundell L, Dent J, Bennett J, et al. Endoscopic assessment of esophagitis: clinical and functional correlates and further validation of Los Angeles classification. Gut 1999; 45:172–80

Эндоскопия при инородных телах ЖКТ у детей. Клинико-эндоскопическое наблюдение

Первова Н.А., врач-эндоскопист,
ФГБОУ ВПО «МГУ им Н.П. Огарева» Медицинский институт Министерство образования и науки

Окунев Н.А., д.м.н., Окунева А.И., к.м.н., Беляева Н.А., к.м.н., Глухова Т.Н.,
ГБУЗ РМ Детская Республиканская клиническая больница

г. Саранск

Цель

Оценить результаты эндоскопического исследования при инородных телах ЖКТ у детей в возрастной категории 0–7 лет в период 2013–2014 гг.

Материалы и методы исследования

За 2013–2014 гг. в хирургическое отделение ГБУЗ ДРКБ г. Саранска, поступило 78 детей, возраст которых варьировал от 0 до 7 лет, с подозрением на инородное тело ЖКТ. Дифференцировка проводилась следующим образом: 1) По половой принадлежности: мальчики — 42 (53%), девочки — 36 (46%); 2) По месту жительства: городской округ — 52 (66%), сельская местность — 26 (33%); 3) По локализации инородного тела: пищевод — 32 (41%); желудок — 44 (56%). Инородные тела в 12 п.к. выявлены в 2013 году — 2 (монета, саморез). 4) По качеству инородного тела: монета — 29 (38%), игла — 5 (6%), кость рыбная — 5 (6%), стекло — 1 (1,2%), нитки — 2 (2,5%), детский конструктор — 10 (12,8%), магнит — 3 (3,8%), батарейка — 9 (11,5%), саморез — 2 (2,5%), камень — 1 (1,2%), пищевой болус — 4 (5,1%). По возрастной категории: от 0 до 1 г — 4 (5,1%); от 1 г до 2 л — 24 (30,7%); от 2 л до 3 л — 19 (24,3%); от 3 л до 7 л — 10 (12,8%); старше 7 лет — 11 (14,1%).

Клиническими симптомами при локализации инородного тела пищевода являлись: боль в горле — 15 (47%); кашель — 1 (3%); симптомы ложного кру-

па — 4 (13%); обильное слюнотечение — 12 (37%). При локализации инородного тела в желудке на первый план выступали следующие клинические признаки: тошнота — 15 (35%) и резкая боль в животе — 24 (55%).

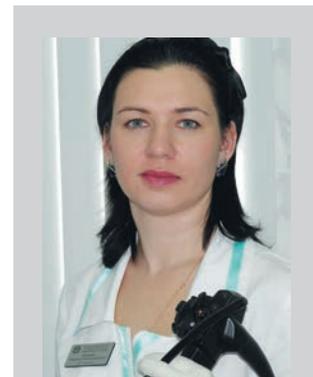
Для уточнения диагноза проводилось рентгенологическое обследование. Удалению предметов предшествовала эндоскопическая картина состояния ЖКТ, позволяющая уточнить место локализации инородного тела, прочность фиксации, структуру и размер инородного тела. После извлечения инородного тела всем детям проводилось противовоспалительное лечение в хирургическом отделении ГБУЗ ДРКБ.

Результаты

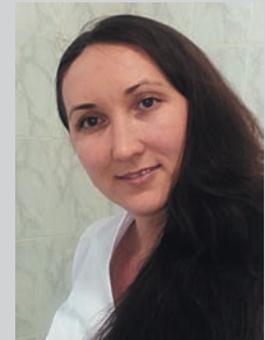
При эндоскопическом исследовании ЖКТ, наличие инородного тела подтверждено у 76 человек (99%). Количество неорганических инородных тел составило — 65 (83%). Все дети выписаны из стационара с выздоровлением.

Выводы

Эндоскопические методы исследования целесообразно использовать во всех предполагаемых случаях наличия инородного тела в ЖКТ, независимо от возраста ребенка. Данное исследование помогает быстро поставить клинический диагноз и дать точную оценку состояния организма и, в последующем, произвести лечебные мероприятия.



Первова Н.А.



Окунев Н.А.



Глухова Т.Н.

Подвижная цирозидная ангиома пищевода

Рюмин А. В., врач-торакальный хирург, Новиков Д. Е., врач-эндоскопист, Новиков Е. А., заведующий отделением торакальной хирургии, ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Познанский С. В., к. м. н., ассистент кафедры факультетской хирургии и урологии,

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»

г. Иваново



Познанский С. В.

Доброкачественные опухоли пищевода в большинстве случаев относятся к лейомиомам. Размер образований в пищеводе в доклинической фазе редко превышает диаметр просвета органа. Симптоматика при этом связана в подавляющем числе с дисфагическими расстройствами различной степени по Eckardt, в то время как визуальные признаки имеют казуистический характер.

В свою очередь, локализация кавернозных, рацемозных или смешанных ангиом характерна для таких структур как кожа, сетчатка и головной мозг. Их клиническое значение связано с риском кровотечения. Особую опасность представляют данные образования при внутричерепном расположении, разрыв которых в ряде случаев становится причиной геморрагического инсульта. Нервно-сосудистые гемангиомы встречаются реже в паренхиматозных органах, в основном в почках. Расположение данных формаций на слизистой полых органов не приводит к развитию значимых проявлений.

Выявление подобной патологии в просвете какого-либо проводящего органа ассоциируется с понятием «случайная находка». Кавернозные гемангиомы с локализацией в пищеводе представлены исключительно в свете возможного развития кровотечения. В связи с этим считаем необходимым представить следующий клинический случай.

Больная З., 39 лет обратилась к торакальному хирургу с жалобами на эпизоды дисфагии, першение и чувство «инородного тела в горле», периодический субфебрилитет, нарастающие в течение 3 лет. Временами описывала окружающим ощущение «второго языка», выпадающего изо-рта. Со стороны врачей первичного звена, к которым обращалась с подобными жалобами, пациентка испытывала некоторое недоверие, неодно-

кратно консультирована психиатром. При попытке фиброзофагогастроскопии в поликлинике выявлено «выпадение слизистой ротоглотки наружу», после чего пациентка направлена к торакальному хирургу.

В условиях отделения торакальной хирургии Ивановской областной клинической больницы проведено дообследование. В клинической картине выявлено преобладание диспептического синдрома с доминированием периодической дисфагии I-II степени. В результате дополнительной диагностики при контрастировании определен дефект заполнения пищевода, занимающий практически 2/3 протяженности, с округлым нижним краем без значительного расширения просвета и задержки эвакуации. Фиброзофагоскопия выявила образование на широком основании тотчас за входом в пищевод, вытянутой формы до 15 см длиной и до 2 см в диаметре с некротизированным дистальным концом.

При исследовании биоптата обнаружен утолщенный пласт многослойного плоского неороговевающего эпителия с умеренно активным хроническим воспалением. После завершения диагностики проведено коллегиальное обсуждение дальнейшей тактики совместно со специалистами эндоскопической службы. В связи с неопределенным гистологическим ответом, а так же в связи с подвижностью образования и опасностью миграции в дыхательные пути принято решение о проведении вмешательства в кратчайшие сроки. В качестве доступа избрана левосторонняя боковая шейная медиастиномия с поддержкой просветной эндоскопии.

После стандартной интубации, ввода в наркоз и поворота головы вправо косым разрезом по переднему краю параллельно левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы рассечена кожа,

подкожная клетчатка, фасции шеи. Шейный отдел пищевода выделен на достаточном участке, однако четко определить основание опухоли при пальпации не удалось. На данном этапе возникла необходимость интраоперационной фиброэзофагоскопии. В просвет пищевода заведён гастроскоп, визуализировано основание экзофитного образования цилиндрической формы шириной до 1 см и проведена ориентировочная навигация. Просвет пищевода вскрыт продольно по левой боковой поверхности в проекции, определенной при помощи эзофагоскопии и «просвечивания» на протяжении до 2 см несколько выше основания. Произведена ретроградная тракция образования через сформированное отверстие в операционную рану (Рис. 1). Образование длиной до 17 см и до 3,0 см в диаметре, покрытое неизменной слизистой с некротизированным на протяжении до 2 см дистальным отделом, удалено после пересечения основания с фрагментарной перевязкой последнего (Рис. 2). Целостность пищевода восстановлена двухрядным швом.

Послеоперационный период протекал благоприятно с расширением диеты до твердой пищи и удалением дренажной трубки на 5 сутки. Патологоанатомическое исследование выявило структуру, характерную для расположенной в подслизистом слое кавернозной ангиомы. После выписки больная наблюдалась через 1 и 8 месяцев, при эзофагоскопии определялся линейный рубец до 1 см на стенке верхней трети пищевода.

Недооценка парадоксальных клинических проявлений, а так же теоретической вероятности наличия подвижных смещаемых новообразований верхнего отдела пищевода больших размеров не может быть оправдана фактом их доброкачественности. Необходимость раннего распознавания и радикального удаления подобных объектов диктуется не столько развитием дисфагии и местных осложнений, сколько фатальной ситуацией при перемещении в верхние дыхательные пути. Успех лечения при этом определяется мультидисциплинарным подходом и согласованностью совместных действий хирургов и эндоскопистов.

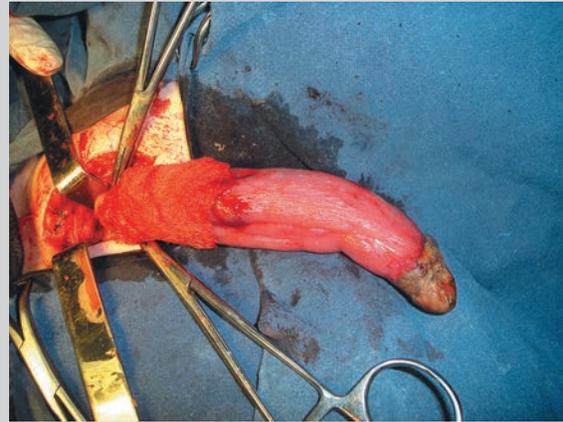


Рис. 1



Рис. 2

Сравнительная характеристика внутрипросветных дилатирующих методов лечения пациентов с доброкачественными рубцовыми сужениями пищевода

Скажутина Т. В., врач-эндоскопист, аспирант кафедры госпитальной хирургии

Цепелев В. Л., д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии

Читинская государственная медицинская академия, Краевая клиническая больница

г. Чита



Скажутина Т. В.

Рубцовые сужения пищевода постожоговой и пептической этиологии на протяжении длительного времени остаются трудно разрешимой проблемой хирургии, занимая второе место среди заболеваний пищевода у взрослых трудоспособного возраста и первое — у детей. Разнообразие существующих методов внутрипросветной коррекции дисфагии и отсутствие среди них универсального наглядно демонстрируют необходимость разработки дифференцированного, а нередко и индивидуального, подхода в определении показаний к тому или иному методу дилатации.

В период с 2008 по 2014 гг. в торакальном отделении Краевой клинической больницы г. Читы на внутрипросветном дилатирующем лечении находились 113 пациентов с доброкачественными рубцовыми сужениями пищевода. В зависимости от используемого метода пациенты были разделены на 2 группы. В отношении 52 больных, составивших первую группу, применяли эндоскопическую дилатацию с использованием энергии ионизированной аргоновой плазмы, в отношении 61 пациента второй группы — традиционное бужирование по струне-направителю. У 67,3% пациентов (35 человек), пролеченных эндоскопически, стеноз пищевода сформировался после химической травмы, у 32,7% (17 человек) — на фоне длительно текущего пептического рефлюкс-эзофагита. Из общего числа пациентов с химической травмой пищевода первой группы количество мужчин явилось преобладающим и составило 74,3% (26 человек), женщин — 26,7% (9 человек), соотношение 2,8:1.

Аналогичные показатели выявлены в группе пептических стриктур: на долю мужчин пришлось 76,5% (13 человек) исследуемых, на долю женщин — 23,5% (4 человека), соотношение 3,25:1. В группе

бужирования сужения постожоговой этиологии были выявлены в 88,5% случаев (54 пациента), пептической — в 11,5% (7 человек). Среди больных с постожоговыми сужениями количество мужчин достигло 33 (61,1%), количество женщин — 21 (38,9). Распределение 7 пациентов по полу у пациентов с пептическими стриктурами в процентном соотношении составило 71,4% (5 мужчин):28,6%. Распределение пациентов по степени сужения проводили по классификации Ю. А. Галлингера и соавторов (2007 г.). В большинстве случаев посттравматических стенозов первой группы выявлены II (6–8мм) и III (3–5мм) степени сужения пищевода — 13 (37,3%) и 14 пациентов (39,9%). Невыраженное сужение, соответствующее I степени (9–11см) обнаружено у 4 пациентов (11,4%), IV степень (0–2мм) диагностирована в 4 случаях (11,4%). При пептических стриктурах в 10 случаях (58,8%) выявлена II степень сужения, в 7 (41,2%) — III степень.

В группе бужирования сужения I степени выявляли у 7 больных (13%), II степени — у 25 (46,3%), III степени — у 19 пациентов (35,2%), IV степени — в 3 клинических случаях (5,5%). При пептических стенозах II степень обнаружена у двоих больных (28,55%), III — у 3 (42,85%); в 2 случаях (28,6%) диагностировали IV, в одном (14,3%) — I степень рубцового сужения. Клиническую оценку степени дисфагии осуществляли в соответствии со шкалой Bown: отсутствие дисфагии оценивалось в 0 баллов, периодические затруднения при проглатывании твердой пищей — в 1 балл, питание полужидкой пищей — в 2 балла, питание жидкой пищей — в 3 балла, полная дисфагия соответствовала 4 баллам. В первой группе исследования отсутствие жалоб на прохождение пищи и 0 баллов по Bown выявлено у 2 больных (3,9%); 1 балл — у 2 (3,9%); 2 бал-

ла — у 5 (9,6%); 3 балла — у 38 (73%); 4 балла — у 5 пациентов (9,6%). В группе бужирования отсутствие жалоб на затруднение глотания (0 баллов) выявили у 1 пациента (1,6%), затруднение при проглатывании твердой пищи испытывали 4 человека (6,6%); полужидкой пищей на момент поступления питались 32 (52,5%), жидкой — 19 пациентов (31,1%); поперхивание пищей твердой и жидкой консистенции отмечали 5 больных (8,2%).

Эндоскопическое лечение с использованием ионизированной аргоновой плазмы проводили с использованием видеоскопической системы Olympus CV70 (Япония), электрохирургического блока Martin ME MB 1 (Германия) и набора APC-зондов. Воздействием на зону стеноза ионизированной аргоновой плазмой осуществляли бесконтактно в течение 5–6 секунд в режиме монополярной спрей-коагуляции с мощностью переменного тока 25 Вт, со скоростью подачи аргона 1 литр в минуту при помощи электрохирургического блока Martin ME MB 1 (Германия) и набора APC-зондов. Для расширения стенозированного участка выполняли от 3 до 5 воздействий ионизированной аргоновой плазмой за один сеанс. Для достижения стабильного эффекта сеансы лечения проводили ежедневно в течение 5–7 дней до полного восстановления пассажа пищи по пищеводу и купирования воспалительных изменений слизистой. Бужированию полыми рентгенконтрастными бужами по струне-проводнику осуществляли под рентгенологическим контролем с использованием рентгенодиагностической системы Телекорд МТ и набора бужей типа Savary калибром от 14 до 40 номеров.

При достижении дилатации до 12 мм и более при полном купировании дисфагии результат лечения оценивали как хороший; при расширении зоны стеноза до 10–11 мм и исчезновении поперхивания — как удовлетворительный; при невозможности дилатации более 9 мм и сохранении периодической или постоянной формы дисфагии пищей разной консистенции результат внутрисриветного лечения признавали неудовлетворительным. По окончании эндоскопического лечения с использованием энергии ионизированной аргоновой плазмы в группе хорошие непосредственные результаты лечения были достигнуты у 29 пациентов (55,8%). Удовлетворительные результаты аргоноплазменной дилатации отметили в 14 клинических случаях (26,9%), неудовлетворительным лечение оказалось у 9 больных (17,3%). Максимальный суммарный процент хороших результатов был достигнут при лечении пациентов с непротяженными посттравма-

тическими сужениями и составил 71,4% (15 пациентов из 21) и при пептических сужениях — 10 клинических случаев (58,8%) из 17. В 100% случаев эрозивных эзофагитов по окончании курса эндоскопического лечения отмечена полная эпителизация эрозий с купированием проявлений воспаления. Осложнений при эндоскопическом лечении с использованием энергии ионизированной аргоновой плазмы не отмечено. В группе бужирования хорошие результаты были достигнуты у 26 пациентов (42,6%), удовлетворительные — у 13 (21,3%), неудовлетворительные — у 22 больных (36,1%). Важно отметить, что при анализе исходов бужирования не было выявлено четкой связи между эффектом лечения и протяженностью стеноза, и распределение результатов при протяженных и непротяженных стенозах оказалось равномерным; ключевое влияние на эффективность бужирования оказывала степень ригидности стеноза. Максимальную эффективность метода при отмечали при протяженных и непротяженных посттравматических сужениях I и II степеней — 15 случаев (46,9%) с хорошим результатом из 32 пациентов. У всех пациентов с выявленным при первичной эзофагоскопии эрозивным поражением слизистой пищевода на момент выписки сохранялись признаки хронического воспаления. В двух случаях (3,3%) бужирование по струне-проводнику осложнилось перфорацией пищевода, в двух (3,3%) — массивным пищеводным кровотечением.

Таким образом, проведенный сравнительный анализ наглядно демонстрирует клинические преимущества эндоскопической дилатации с использованием ионизированной аргоновой плазмы перед бужированием по струне-проводнику полыми рентгенконтрастными бужами в лечении пациентов с непротяженными эзофагеальными сужениями вне зависимости от степени ригидности рубца. Одним из ключевых достоинств эндоскопического метода является безопасность, обеспечиваемая за счет постоянного визуального контроля и отсутствия прямого контакта с патологической тканью, вовлеченной в рубцово-воспалительный процесс. Выраженные репаративные свойства ионизированного аргона, способствующие купированию эрозивного воспаления в пищеводной стенке, играют ведущую роль в коррекции патогенетического механизма формирования рубцовых стенозов пищевода посттравматической и пептической этиологии, прогрессирование которых, как правило, протекает в условиях хронического продуктивного эзофагита.

Опыт применения эндоскопической эзофагодивертикулостомии при лечении дивертикула Ценкера

Смирнов А. А., к.м.н., руководитель 1 эндоскопического отделения, врач-эндоскопист

Прудников А. В. врач-эндоскопист,

Мамченкова М. В. врач-рентгенолог отделения рентгенологии

Дворецкий С. Ю., к.м.н., зав. отделением торакальной онкологии

Корольков А. Ю., д.м.н., зав. отделением неотложной хирургии

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»
НИИ хирургии и неотложной медицины

г. Санкт-Петербург

Введение

Применение эндоскопической эзофагодивертикулостомии при лечении дивертикула Ценкера позволяет восстановить проходимость пищевода не прибегая к открытому хирургическому вмешательству, что позволяет применять метод у ослабленных пациентов и больных пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией.

Непосредственные результаты эндоскопического устранения глоточно-пищеводного дивертикула свидетельствуют о высокой эффективности метода лечения.

Цель работы

Изучить эффективность применения малоинвазивного эндоскопического метода лечения дивертикула Ценкера. Отработка техники и выбор оптимальной методики вмешательства

Материал и методы

Обследовано и пролечено 16 больных с фарингоэзофагеальным дивертикулумом в возрасте от 59 до 80 лет. Показанием к операции у всех пациентов служило наличие дисфагии II–IV степени. Осложнений течения заболевания, за исключением катарального, либо эрозивного дивертикулита 9(60%) диагностировано не было. Чаще встречались дивертикулы средних размеров от 2,0 до 6,0 см 13(80%) и больших размеров — свыше 6 см 3(20%). Размеры дивертикула определялись при рентгенологическом исследовании пищевода. Пациентам с воспалительными изменениями слизистой перед операцией назначался курс противоязвенной терапии, антацидные препараты.

Оперативное вмешательство выполнялось под эндотрахеальным наркозом. Преимущественно манипуляции выполнялись без использования силиконовой двулепестковой трубки(далее дивертикулотом) с применением дистального эндоскопического колпачка в условиях инсуффляции углекислого газа. Дивертикулотом применялся у трех пациентов (18%) в случаях больших размеров дивертикула, наличия выраженной и труднофиксируемой складки между дивертикулумом и пищеводом. В случаях использования дивертикулотома инсуффляция углекислого газа либо воздуха не применялась.

После введения в наркоз выполнялась эзофагогастроуденоскопия с целью исключения сопутствующей патологии. Через инструментальный канал эндоскопа в двенадцатиперстную кишку вводилась струна-направитель по которой заводился назоинтестинальный зонд. Зонд служит ориентиром при выполнении основного этапа операции. С помощью эндоскопического электрохирургического ножа игольчатого типа фирм Olympus, Fine Medics выполнялся иницирующий разрез слизистой на складке между дивертикулумом и пищеводом в проекции прилежащей нижней порции крикофарингеальной мышцы. Далее послойно выполнено дозированное рассечение мышечных волокон крикофарингеальной мышцы в поперечном направлении от дна дивертикула в сторону стенки пищевода.



Рис. 1. Рентгеноскопия пищевода после операции

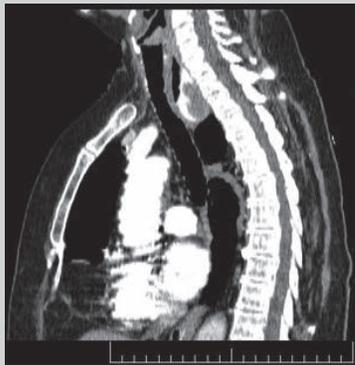


Рис. 2. Компьютерная томография дивертикул пищевода

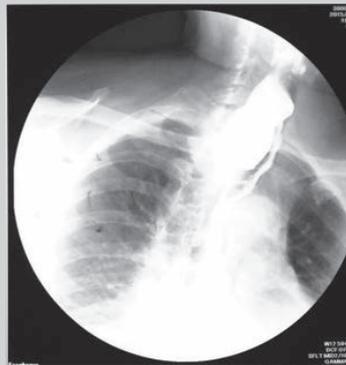


Рис. 3. Рентгеноскопия дивертикул пищевода боковая проекция



Рис. 4. Рентгеноскопия дивертикул пищевода прямая проекция

Путем рассечения массива крикофарингеальной мышцы, постепенным увеличением диастаза краев раны достигалось широкое соустье полости дивертикула с пищеводом. Гемостаз осуществлялся при помощи электрокоагуляции. Эндоскопическими клипсами сопоставлялись края рассеченной слизистой. Количество используемых клипс варьировало от двух до шести. Клипирование выполнялось одномоментно по завершении операции, либо параллельно в ходе рассечения волокон крикофарингеальной мышцы. Стоит отметить, что при клипировании не всегда удавалось полностью ликвидировать послеоперационный дефект, однако это не приводило к развитию осложнений в послеоперационном периоде.

По завершению операции назогастральный зонд удалялся во всех случаях, за исключением пациентов пожилого возраста с длительным анамнезом заболевания, истощением вследствие выраженной дисфагии. В послеоперационном периоде пациентам назначались антибиотики широкого спектра действия, ингибитор протонной помпы, симптоматическое лечение. В течение двух суток выдерживалась строгая диета — нулевой стол. На вторые сутки независимо от клинической картины и жалоб выполнялась контрольная

рентгеноскопия пищевода с водорастворимым контрастом. При отсутствии затеков контрастного вещества пациентам разрешалось пить воду, чай, соки. С третьих суток послеоперационного периода разрешался бульон, кисломолочные продукты, протертые овощи, супы. С четвертых суток диета расширялась до обычного питания.

Результаты и обсуждение

Непосредственные результаты лечения оценивались клинически с учетом жалоб больных и по данным контрольной рентгеноскопии пищевода. Во всех случаях объективно восстанавливалась проходимость пищевода. Задержек пассажа контрастного вещества по пищеводу не возникало. Затруднений при глотании пациенты не испытывали при приеме жидкой, так и твердой пищи.

У пациентки Л. 58 лет в первые и вторые сутки после операции отмечался подъем температуры до 38,3, 38,0С соответственно, что по нашему мнению было вызвано травматизацией дивертикулотомом. На фоне а/б терапии лихорадка купировалась к 3-м суткам. Следует отметить, что у всех больных на 2-е сутки после операции появлялись умеренные боли при глотании в про-



Рис. 5. Операция клипирование слизистой пищевода



Рис. 6. Операция иссечение крикофарингеальной мышцы



Рис. 7. Операция иницирующий разрез слизистой пищевода

екции операции, которые самостоятельно проходили на 4–5 сутки. Значимых осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось.

Выводы

Применение эндоскопической эзофагодивертикулостомии при лечении дивертикула Ценкера представляется эффективным методом лечения. Наносимая при этом операционная травма минимальна, что сокращает сроки пребывания в стационаре. Особенность метода

лечения позволяет в ранние сроки начать энтеральное питание. Малая травматичность операции позволяет применять данную методику у ослабленных пациентов, а также у больных с сопутствующей патологией. Следует отметить, что у некоторых больных, в особенности с большими размерами дивертикула, допустимо проведение операции в два этапа. Большинство этих операций возможно выполнить без дивертикулотома, который по нашему мнению увеличивает травматичность вмешательства.

Литература

1. Климов А. В. Опыт малоинвазивного лечения дивертикулов Ценкера. / Королев М. П., Климов А. В., Антипова М. В, Федотов Л. Е, Мамедов Ш. Д. // Журнал «Клиническая эндоскопия» № 1 (39) 2013 С. 28–32.
2. Климов А. В. Эндоскопическое лечение дивертикулов Ценкера / Королев М. П., Климов А. В., Антипова М. В Ткаченко О. Б. // II Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы эндоскопии» СПб 2011 г. С. 81–83.
3. Маев И. В., Дичева Д. Т., Андреев Д. Н. / Дивертикулы желудочно-кишечного тракта // Учебно-методическое пособие для врачей. Москва 2015.

Опыт применения пероральной эндоскопической миотомии при лечении ахалазии

Смирнов А. А., к.м.н., руководитель 1 эндоскопического отделения, врач-эндоскопист
Ткаченко О. Б. заведующий эндоскопического отделения НИИ им. Н. Н. Петрова, врач-эндоскопист
к.м.н. Горелов А. С. врач-эндоскопист, Семенихин К. Д.

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»
НИИ хирургии и неотложной медицины
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» МЗРФ
г. Санкт-Петербург

Введение

Ахалазия — идиопатическое заболевание, характеризующееся отсутствием релаксации нижнего пищеводного сфинктера (LES) и нарушениями перистальтики гладких мышц пищевода. Основным симптомом ахалазии кардии является дисфагия. Патогенезом данного заболевания принято считать деструкцию ганглиозных клеток Ауэрбахова сплетения, часто ассоциированную с вирусами Варицелла-Зостер (VZV) и вирусом герпеса человека 1 типа (HSV-1) и HLA-DR/DQ аллелями.

В 2011 году была создана чикагская классификация нарушений моторики пищевода (последний пересмотр в 2014 году CC v3.0), основанная на манометрии высокого разрешения (High Resolution Manometry). На основании данной классификации было выделено три типа ахалазии. Наиболее часто встречающимся и в связи с чем названным «классическим» является первый тип, обусловленный 100% отсутствием перистальтики, второй тип был определен как Ахалазия с пищеводной компрессией, при ней наблюдается спастическое сокращение пищевода в более чем 20% глотков, третий тип определяется сохраненными фрагментами перистальтики или преждевременными сокращениями более чем в 20% глотков.

В настоящее время золотым стандартом лечения ахалазии является лапароскопическая эзофагомиотомия по Геллеру, но данное вмешательство приводит к повышению гастроэзофагеального рефлюкса более чем у 50% пациентов. В качестве медикаментозного лечения используют нитраты, блокаторы кальциевых каналов, ингибиторы фосфодиэстеразы. Для лечения ахалазии так же возможно применение ботулотоксина с целью ингибирования воздействия ацетилхолина в холинергических нейронах, что приводит к расслаблению мышц кардии. Одним из проверенных временем методов лечения ахалазии кардии является пневмодилатация, которая не лишена недостатков в виде высокого риска перфораций и объективно недостаточной эффективностью лечения любых видов ахалазии кроме I типа. Наиболее современным методом лечения ахалазии является пероральная эндоскопическая миотомия (РОЕМ). Данная методика была впервые предложена Н. Inoue и соавт. в 2010 году. В настоящее время некоторые клиники имеют уже 5-летний опыт применения данной методики и отмечают высокий процент послеоперационного снижения дисфагии,

доходящий в некоторых исследованиях до 100%, однако более отдаленные результаты (на протяжении 1 года и более) не всегда обнадеживают. По данным европейского мультицентрового исследования процент рецидивов через 12 месяцев приближается к 20%. Вероятно это можно связать с небольшим начальным опытом и малой протяженностью миотомии.

Материалы и методы

С 2012 года мы применяем методику пероральной эндоскопической миотомии как метод лечения ахалазии кардии. За прошедшее время было выполнено 62 операции. Средний возраст пациентов составил 38 лет, из них 56% составили женщины и 44% мужчины. Предварительная пневмодилатация была проведена 61% пациентов, 39% не получали предварительного эндоскопического лечения. Средний диаметр пищевода по данным рентгенограмм до проведения операции составляла 4,6 см, после проведения РОЕМ 2,1 см. У 78% пациентов наблюдалась дисфагия 3 степени, а у 22% 4 (Bowen). Пациенты по стадиям заболевания распределились следующим образом: по 11% для второй и четвертой, на третью пришлось наибольшее количество пациентов (78%). У 64% прооперированных пациентов наблюдался эзофагит, при этом у мужчин и женщин он наблюдался в 57% и 43% соответственно. У наибольшего (94%) количества пациентов была диагностирована ахалазия I типа (классическая) и у 6% ахалазия II типа (с пищеводной компрессией), III тип диагностирован не был ни у одного пациента. Для проведения РОЕМ использовались эндоскопы Pentax 29-i10 (Япония) и Olympus H180 (Япония), электрохирургические блоки Erbe 300 D, 300 S, электрохирургические ножи фирм Erbe (I-тип, T-тип), Finemedics (Q-тип), Olympus, Pentax (M-тип). Для электрокоагуляции использовались коагуляционные щипцы фирмы Olympus и щипцы для горячей биопсии фирмы Endoflex. Для закрытия иницирующего разреза использовались клипсы Endostars, Olympus, Boston Scientific.

Результаты

Операции по возможности выполнялись стандартно, иницирующий разрез выполнялся на уровне среднегрудного отдела пищевода (в среднем на уровне 28 см), средняя длина миотомии в желудке составляла 3 см, при

этом общая длина тоннеля и протяженность миотомии составляли 15 и 12 см соответственно. Средняя длительность операций составила 70 минут, при этом наибольшая продолжительность операции составила 140 минут, а минимальное время операции — 30 минут. У 94 % пациентов проводилась частичная миотомия в нижней трети пищевода и полная в проекции нижнего пищеводного сфинктера и верхней трети тела желудка (все операции проводились по задней стенке). В 6 % случаев произведена полная миотомия с рассечением продольного и циркулярного мышечных слоев. У 34 % пациентов возникли интраоперационные технические сложности (кровотечения, фиброз подслизистого слоя). У трех пациентов интраоперационно были отмечены перфорации слизистой пищевода, при этом в одном случае закрыть дефект клипсами не удалось. В послеоперационном периоде у пациента отмечалась лихорадка до 38, которая купировалась на 2-е сутки на фоне антибиотикотерапии. У пяти пациентов показаниями к РОЕМ явились ранее перенесенные неэффективные операции: у трех пациентов миотомии по Геллеру, у двух пероральные эндоскопические миотомии. В послеоперационном периоде все пациенты отмечали значительное уменьшение симптомов дисфагии, что подтверждалось снижением количества баллов по шкале Eckardt, а также положительной динамикой по данным рентгеноскопии с контрастным веществом. Максимальный срок наблюдения составляет

42 месяца. У одного из пациентов через 6 месяцев после выполнения миотомии был выявлен рецидив ахалазии, сопровождающийся клиникой дисфагии и характерной рентгенологической картиной — была выполнена повторная эндоскопическая пероральная миотомия. У пациентки 23 лет в послеоперационном периоде отмечалась выраженная изжога, которая появлялась вновь после отмены блокаторов протонной помпы. Учитывая неэффективность консервативной терапии через 8 месяцев была выполнена лапароскопическая фундопликация. У пациентки В. в первые сутки после операции были зафиксированы нарушения сердечного ритма, что потребовало перевода в специализированное отделение.

Выводы

1. Пероральная эндоскопическая миотомия является современным малоинвазивным методом лечения ахалазии кардии, позволяющим малотравматично с высокой эффективностью устранять явления дисфагии.
2. Необходимым элементом лечения ахалазии является тщательное предоперационное стадирование с определением типа заболевания.
3. Методика РОЕМ выполнима у пациентов с рецидивами ахалазии после неудачных хирургических и эндоскопических операций.

Литература

1. Dobrowolsky A. et al: The management of esophageal achalasia: from diagnosis to surgical treatment. *Updates Surg.* 66(1):23–9, 2014
2. [Von Renteln D., Fuchs K.H., Fockens P., et al: Peroral endoscopic myotomy for the treatment of achalasia: an international prospective multicenter study. *Gastroenterology* 2013; 145: pp. 309–311.e3].
3. [Inoue H, Minami H, Kobayashi Y et al. Peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia. *Endoscopy* 2010;42: 265–71.]

Эффективность динамического наблюдения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с эндоскопическим сопровождением у военнослужащих, проходящих службу и проживающих в Гомельской области

Сницаренко Е. Н., заведующая терапевтическим отделением консультативной поликлиники государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»

Чернов Д. А., начальник военно-медицинской службы войсковой части 1242

г. Гомель, Беларусь

Немалая часть патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) приходится на доброкачественные заболевания пищевода, самыми распространенными из которых являются — грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, ахалазия кардии, пищевод Барретта. Эпидемиологические исследования последних лет показали, что по распространенности и актуальности среди заболеваний пищевода гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) выходит на лидирующие позиции. Распространенность ГЭРБ в России среди взрослого населения составляет 40–60%, причем у 45–80% лиц при этом выявляют эзофагит. Однако можно предположить, что частота распространенности ГЭРБ среди населения значительно выше статистических данных, так как не все больные обращаются за врачебной помощью.

ГЭРБ — это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, с развитием характерных симптомов независимо от того, возникают ли при этом морфологические изменения слизистой оболочки пищевода. Особенность ГЭРБ — отсутствие зависимости выраженности клинических симптомов (изжоги, боли, регургитации и т.д.) от тяжести изменений в слизистой оболочке пищевода, что клинически не позволяет дифференцировать негативную (неэрозивную) рефлюксную болезнь от рефлюкс-эзофагита.

Современная эндоскопическая диагностика с биопсией является единственным надежным методом диагностики заболеваний пищевода. Эндоскопически

принято выделять: негативную (неэрозивную) рефлюксную болезнь (НЭРБ), эрозивную ГЭРБ и пищевод Барретта (метаплазия Барретта). Существующее у ряда практических врачей отношение к эндоскопически негативной ГЭРБ как к наиболее легкой степени этого заболевания, не требующей интенсивной медикаментозной терапии, в корне неверно. Ряд исследований продемонстрировал, что качество жизни у пациентов с эндоскопически позитивной и негативной ГЭРБ нарушается в практически одинаковой степени.

Цель своевременной диагностики и лечения ГЭРБ — устранение жалоб, улучшение качества жизни пациента, предотвращение или лечение осложнений и доброкачественных заболеваний пищевода, воздействие на симптоматические проявления со стороны других органов.

Для определения и сохранения состояния здоровья военнослужащих и своевременного выявления заболеваний в ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека» (далее ГУ «РНПЦ РМиЭЧ») на базе консультативно-диагностической поликлиники проводится углубленное медицинское обследование военнослужащих, проходящих службу и проживающих на территориях загрязненных радионуклидами. Ежегодно в ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» проходят обследование более 1000 военнослужащих.

При проведении углубленного медицинского обследования военнослужащих в исследование к общеклиническим и лабораторно-инструментальным исследованиям включено ФЭГС с прицельной биопсией, при выявлении жалоб на момент осмотра или в анамнезе и по результатам объективного осмотра. Среди обследованных военнослужащих выявлено



Сницаренко Е. Н.



Чернов Д. А.

всего 79 человек с патологией ЖКТ, средний возраст — 35,8 лет. Данные пациенты находились под динамическим наблюдением с обязательным ФЭГС контролем и взятием прицельной биопсии слизистой оболочки с последующим гистологическим исследованием биоптатов.

По результатам обследования нами проведен анализ данных эндоскопических и патологогистологических заключений военнослужащих, находящихся под динамическим наблюдением с патологией желудочно-кишечного тракта за период с 2013 по 2015 год в ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», где пациенты с различными формами ГЭРБ составили 30,3%.

По возрастным категориям пациенты с ГЭРБ распределились следующим образом: 21–30 лет–12,5%, 31–40 лет–66,7%, 41–50 лет — 20,8%.

Большинство из данных обследованных пациентов — мужчины — 84%, женщины — 16%, что связано с преобладающим количеством военнослужащих мужского пола среди обследуемого контингента.

Патология пищевода представлена следующим образом. Эрозивный рефлюкс-эзофагит среди ГЭРБ составил 75%, в том числе у 4,2% выявлены полипы нижней трети пищевода и у 29,2% — аксиальная грыжа 1–2 степени. Катаральный рефлюкс-эзофагит составил — 12,5%, а НЭРБ выявлена у 12,5% пациентов.

Сопутствующую патологию у пациентов с ГЭРБ имели: хронический гастрит — 58,3%, хронический гастродуоденит — 29,2%, хроническая язва луковицы 12-ти перстной кишки — 12,5%. Обсемененность *Helicobacter pylori* (Hр) при взятии под наблюдение была выявлена у 54,1% пациентов, из них (Hр+) — у 23% пациентов, (Hр++) — у 62% пациентов и (Hр+++) — у 23% пациентов.

Обследованным пациентам кроме адекватного фармакотерапевтического лечения было рекомендовано изменение стиля и образа жизни, соблюдение правильного режима питания и диеты. Применение препаратов препятствующих собственно рефлюксу, как монотерапия, эффективно только у ограниченного числа пациентов при легких формах ГЭРБ. В большинстве случаев необходимо снижение агрессивности влияния на слизистую оболочку пищевода самого рефлюктата.

Это достигается применением антисекреторных препаратов, воздействующих на собственно механизм секреции (ИПП) или на его регуляцию (блокаторы H₂-рецепторов гистамина). В терапии ГЭРБ применялись ИПП (пантопрозол, омепразол и т.д.) и препараты, восстанавливающие нормальную моторную деятельность желудка (мотилиум, домперидон). Эффективность эрадикационной терапии после проведения курса подтверждалась проведением дыхательного уреазного теста на Hр, по результатам которого — излечение Hр достигнуто у 92% пациентов, а 8% пациентам проводилась повторная эрадикация Hр.

В результате назначенной терапии в 91,6% случаев достигнута длительная и стойкая ремиссия ГЭРБ. Только у 8,4% пациентов зарегистрировано повторное обострение ГЭРБ через два года после взятия под динамическое наблюдение.

Выводы

1. Заболеваемость ГЭРБ у военнослужащих увеличивается с возрастом, причем преобладающее количество заболеваний приходится на мужчин в возрасте 31–40 лет.
2. В 75% случаев ГЭРБ у военнослужащих сопровождается эрозивным рефлюкс-эзофагитом, что требует своевременного проведения ФЭГС для оперативного и эффективного лечения эзофагита с целью профилактики тяжелых осложнений ГЭРБ.
3. В результате динамического наблюдения выявленной ГЭРБ у военнослужащих с применением адекватного фармакотерапевтического лечения в сочетании с изменением образа и стиля жизни, пересмотра режима питания и соблюдения диеты удается достигнуть длительной и стойкой ремиссии ГЭРБ в преобладающем большинстве случаев.
4. Углубленное медицинское обследование военнослужащих с использованием современных возможностей эндоскопии ЖКТ и последующим комплексным динамическим наблюдением способствует значительному улучшению качества жизни и здоровья, а также ранней диагностике осложнений и доброкачественных заболеваний пищевода.

Эндоскопические методы лечения у больных с нерезектабельными стадиями рака пищевода

Струцкий Л. П., Лигай Р. Е., Хусанов А. М., Омонов Р. Р., Ажимуратов М. Т.

АО «РСЦХ им. акад. В. Вахидова»

г. Ташкент, Узбекистан

Цель

Изучить характер эндоскопических методов лечения больных с нерезектабельными стадиями рака пищевода (РП).

Материал и методы

Отделение хирургии пищевода и желудка РСЦХ им. акад. В. Вахидова располагает опытом стационарного лечения 182 больных с нерезектабельными стадиями РП.

Локализация РП: верхняя треть грудного отдела пищевода у 6(3,2%), верхняя и средняя треть у 15(8,2%), средняя треть у 60(32,9%), средняя и нижняя треть у 50(27,5%) и нижняя треть у 51(28%) больных.

Протяженность опухоли устанавливалась на основании эндоскопического и рентгенологического исследований: у 29(15,9%) — от 3 до 5 см, у 80(43,9%) — от 6 до 8 см, у 55(30,2%) — от 8 до 10 см и у 18(9,9%) пациентов — более 10 см.

Результаты и обсуждения

Всем 182 больным выполнены современные эндоскопические вмешательства, которые относятся к миниинвазивным хирургическим манипуляциям.

Эндоскопические вмешательства разделены на 3 группы: диатермотуннелизация — у 31(17%) боль-

ного; бужирование — у 18(9,9%); стентирование — у 133(73,1%) больных.

Эндоскопическая диатермотуннелизация (ЭДТ) — поэтапное расширение просвета стенозирующей опухоли пищевода с помощью электрода — выполнена у 31(17%) 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(9,9%) больных

Эндоскопическое стентирование (ЭС) пищевода — установка силиконовых стентов в просвет стенозирующей опухоли, выполнено у 133(73,1%) больных. При этом в 64 случаях первым этапом выполнена ЭДТ, в 30 — ЭБ и у 39 больных — использовано прямое стентирование.

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 в лечении постожоговых рубцовых стриктур пищевода

Струсский Л. П., Шагазатов Д. Б., Хусанов А. М., Хаджибаев Ж. А., Бекбулатов М. Р.

АО «Республиканский Специализированный Центр Хирургии 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.

Первый клинический опыт эндоскопических диссекций в подслизистом слое в лечении патологии пищеварительного тракта

Тимошенко В. О., д.м.н., заведующий отделением эндоскопии, Бердников С. И. врач-эндоскопист, Казакова Н. Н., врач-эндоскопист, Лысенкова М. А., врач-эндоскопист

КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А. И. Крыжановского»

г. Красноярск

По прогнозам Всемирной организации здравоохранения к 2020 году распространенность онкологической патологии в мире возрастет в 2 раза. Заболевания желудочно-кишечного тракта, как других органов и систем резко «помолодели», что сказывается на увеличении численности злокачественных новообразований рака желудка и толстой кишки, доля которых составляет более 18% в структуре онкологической заболеваемости [1,2].

Показатели выживаемости пациентов с опухолями желудочно-кишечного тракта во многом зависят от стадии патологического процесса на момент констатации диагноза. Лучший клинический прогноз у пациентов, у которых выявляют предраковые изменения или ранний рак на начальных стадиях.

До недавнего времени хирургические подходы являлись основными в лечении не только раннего рака, но и крупных доброкачественных образований желудочно-кишечного тракта.

Развитие эндоскопических технологий, в ряде случаев, радикально изменили представления в диагностике и лечении патологии пищеварительного тракта. Так, почти в 100% случаев стало возможным эндоскопическое удаление полипов. Сообщения о попытках эндоскопического удаления раннего рака желудка впервые были опубликованы японскими авторами в 1974 году [5].

В 1984 году М. Tada с соавторами разработали и внедрили в клиническую практику эндоскопическую резекцию слизистой оболочки (EMR — endoscopic mucosal resection) — новую методику удаления эпителиальных образований желудочно-кишечного тракта, с помощью которой можно удалять не только полиповидные, но и непалиповидные неоплазии [3]. Эндоскопическая диссекция

в подслизистом слое (ESD — endoscopic submucosal dissection) является «молодой» технологией удаления опухолей желудочно-кишечного тракта.

Методика эндоскопической диссекции в подслизистом слое предусматривает удаление эпителиальных образований желудочно-кишечного тракта единым блоком вне зависимости от их размеров. В тоже время, остается открытым вопросом, превосходит ли данная методика эндоскопическую резекцию слизистой оболочки во всех отношениях?

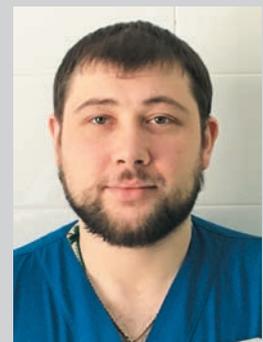
Эндоскопическая резекция слизистой оболочки считается технически простой, быстрой и достаточно безопасной процедурой. Возникающий местный рецидив, на месте ранее удаленного образования, можно успешно устранить при повторном эндоскопическом вмешательстве, не прибегая к хирургическому лечению [4,7]. Диссекция в подслизистом слое является более трудоемкой манипуляцией, требующая значительного времени в освоении её и ассоциирована, в части случаев, с относительно высоким риском таких грозных осложнений, как кровотечение и перфорация.

Преимущества и недостатки эндоскопической резекции слизистой оболочки и диссекции в подслизистом слое в удалении эпителиальных образований толстой кишки окончательно не установлены.

О значимости эндоскопических резекций и диссекций было указано в работе S. Tanaka с соавторами [9]. Они подчеркнули, что, несмотря на то, что удаление единым блоком является желательным при колоректальных образованиях, целью эндоскопического лечения является не оно, а факт полного удаления аденомы. По мнению этих авторов, удаление образования фрагментами вполне



Тимошенко В. О.



Бердников С. И.



Казакова Н. Н.



Лысенкова М. А.

оправдано, когда речь идет об аденоме, тогда как диссекция в подслизистом слое должна использоваться только в случае высокой вероятности раннего инвазивного роста.

Эндоскопическое удаление видимых очагов дисплазии эффективно для прерывания процесса образования злокачественной опухоли [6]. Необходимо помнить, что эндоскопическая биопсия не всегда позволяет дифференцировать воспалительные, регенеративные и неопластические изменения, а также отличить инвазивную карциному от неинвазивной [8].

В ряде случаев только удаление патологического очага позволяет провести точную дифференциальную диагностику дисплазии, инвазивной и неинвазивной карцином. В ряде случаев такое удаление может стать окончательным методом лечения. Т. Nishida et al. [8] рекомендуют следующую тактику при обнаружении очага дисплазии: при дисплазии легкой степени возможны как наблюдение, так и эндоскопическая резекция, при дисплазии высокой степени показано эндоскопическое удаление. Полученные этими авторами данные подтверждены и в других исследованиях.

Собственные результаты

За период с июня по декабрь 2015 года сотрудниками эндоскопического отделения выполнено 12 диссекций в подслизистом слое, из них по поводу стелющихся аденом: в слепой — 2, сигмовидной — 2, восходящей — 1, прямой кишке — 4, в желудке — 2. В одном случае проведена антирефлюксная диссекция в подслизистом слое кардиального отдела желудка.

В лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), консервативная терапия с включением ИПП является основной.

Лапароскопическую фундопликацию, как правило, рекомендуют тем пациентам, у которых симптомы ГЭРБ слабо контролируются ИПП, и рассматривается как «золотой» стандарт хирургического лечения, с хорошим контролем гастроэзофагеального рефлюкса в ближайшие и отдаленные сроки, хотя долгосрочные результаты данного метода лечения, по-прежнему остаются неоднозначными.

Исходя из принципов хирургической фундопликации, в последние годы в лече-

нии ГЭРБ были предложены разнообразные эндоскопические процедуры, выполняемые экстрара — и интралюминальными способами.

Haruhiro Inoue с соавторами из Японии поделились клиническими результатами 10 прооперированных пациентов внутрипросветным эндоскопическим способом с рефрактерной ГЭРБ, среди которых у 2 пациентов была выполнена циркулярная резекция слизистой, у — 8 серповидная (Ann. Gastroenterol. 2014; 27(4): 346–351).

Эта начальная серия проведенных операций продемонстрировала новые возможности антирефлюксных вмешательств. Кроме того, у пациентов с ГЭРБ без скользящей хиатальной грыжи, данная манипуляция, по их мнению, может рассматриваться как эффективный способ контроля гастроэзофагеального рефлюкса.

Сотрудниками эндоскопического отделения Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского в августе 2015 впервые в России прооперирована пациентка по методике, описанной Haruhiro Inoue с соавторами. Была выполнена эндоскопическая антирефлюксная серповидная диссекция в подслизистом слое кардиального отдела желудка. В 2008 году ей была проведена антирефлюксная операция по Ниссену-Роззети традиционным способом, результаты которой в п/о периоде оказались малоэффективными. Пациентка принимала практически постоянно ингибиторы протонной помпы (ИПП).

Этапы манипуляции

1. Маркировка слизистой путем электрокоагуляции, предполагаемой для эндоскопической диссекции.
2. Подслизистое введение плазмозамещающего 6% раствора Гемохес, подкрашенного индигокармином с раствором адреналина в разведении 1:20.000.
3. Подслизистая диссекция промаркированного участка с помощью электрокоагулятора Olympus 100 в режиме puls cat 100, с использованием инструментов компании FineMedix — FM I — type, FM — L — type, FM-O — type.
4. При возникновении геморрагий гемостаз осуществляли с помощью инъекций раствора адреналина

и применением коагуляционных щипцов горячей биопсии Endo-Flex.

5. Соединение краев дефекта осуществляли клипсами Boston Scientific.

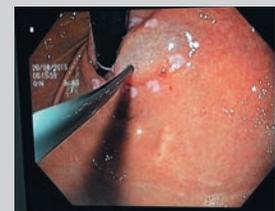
С целью профилактики кровотечения в послеоперационном периоде пациентке было назначено в/в введение ИПП /Нексиум/ в течение трех дней в дозе 40 мг один раз в сутки, с последующим переводом на таблетированную форму по 40 мг в день до месяца. Со второго дня после проведения манипуляции была назначена диета (стол 1А). Через 5 суток после манипуляции пациентка была выписана на амбулаторное наблюдение и лечение, включающее рапаративные, кислотоподавляющие и защищающие слизистую препараты.

Контрольная фиброгастроскопия была выполнена спустя два месяца после манипуляции, при которой констатировано наличие рубца и плотное примыкание слизистой кардиального отдела желудка к «рубашке» эндоскопа. Субъективно пациентка отмечала значительное снижение симптомов ГЭРБ (изжога, отрыжка воздухом), эффект от лечения пациентка расценивает как «хороший».

Таким образом, исходя из полученных клинико-эндоскопических данных, антирефлюксная эндоскопическая диссекция в подслизистом слое кардиального отдела желудка по методике Haruhiro Inoue расширяет возможности лечения ГЭРБ и может рекомендоваться в ряде случаев в клинической практике.



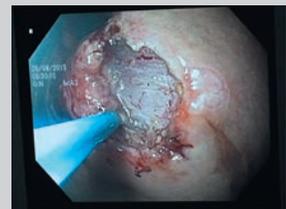
1 Этап маркировки предполагаемого участка субмукозной диссекции



2 Этап подслизистое введение раствора Гемохес 6%



3 Этап проведение подслизистой диссекции



4 Этап продолжение подслизистой диссекции



5 ЭГДС контроль через 2 месяца после манипуляции

Литература

1. Злокачественные новообразования в России в 2011 году (заболеваемость и смертность) / под ред. В.И. Чиссова, В.И. Старинского, Г.И. Петровой. - М.: МНИОИ им. Г.П.А. Герцена, 2013. - 289 с.
2. Злокачественные новообразования в России в 2012 году / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. - М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2014. - 250 с.
3. Development of the strip-off biopsy (in Japanese with English abstract) / M. Tada, M. Shimada, F. Murakami [et al.] // Gastroenterol. Endosc. - 1984. - Vol. 26. - P. 833-839.
4. Endoscopic mucosal resection of 161 cases of large sessile or flat colorectal polyps / N. Arebi, D. Swain, N. Suzuki [et al.] // Scand. J. Gastroenterol. - 2007. - Vol. 42, No. 7. - P. 859-866.
5. Experience of polypectomy for elevated early gastric cancer / Y. Oguro, H. Fukutomi, S. Suzuki [et al.] // Prog. Dig. Endosc. - 1974. - Vol. 5. - P. 77-80.
6. Management of precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS): guideline from the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter Study Group (EHSO), European Society of Pathology (ESP), and the Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) / M. Dinis-Ribeiro, M. Areia, A.C. De Vries [et al.] // Endoscopy. - 2012. - Vol. 44, No. 1. p. 74-94.
7. Neuhaus, H. Endoscopic mucosal resection and endoscopic submucosal dissection in the West - too many concerns and caveats? / H. Neuhaus // Endoscopy. - 2010. - Vol. 42, No. 10. - P. 859-861.
8. Treatment strategy for gastric non-invasive intraepithelial neoplasia diagnosed by endoscopic biopsy / T. Nishida, S. Tsutsui, M. Kato [et al.] // World J. Gastrointest. Pathophysiol. - 2011. - Vol. 15, No. 2 (6). - P. 93-99.
9. Warning for unprincipled colorectal endoscopic submucosal dissection: accurate diagnosis and reasonable treatment strategy / S. Tanaka, M. Terasaki, N. Hayashi [et al.] // Dig. Endosc. - 2013. - Vol. 25, No. 2. - P. 107-116.

Доброкачественные заболевания пищевода у больных акромегалией

Титаева А. А., м.н.с. эндоскопического отделения
Терещенко С. Г., руководитель эндоскопического отделения
Белоусова Е. А., руководитель отделения гастроэнтерологии и гепатологии
Цодикова О. М., с.н.с. отделения гастроэнтерологии и гепатологии

ГБУЗ МО МОНКИ им. Владимирского

г. Москва

В системной регуляции анаболических и ростовых процессов в организме особое место принадлежит соматотропному гормону (СТГ) и группе зависящих от СТГ белков, выполняющих посредническую роль в реализации его биологического эффекта. К последним относятся инсулиноподобные факторы роста (ИФР-1 и ИФР-II), главная функция которых заключается в стимулирующем воздействии на функциональную и митотическую деятельность клеток, что обеспечивает оптимальную физиологическую активность тканей и органов.

При избыточной секреции гормона роста наблюдается прогрессирующее нефизиологическое умножение клеточной массы тканей и органов, сопровождающееся системными патоморфологическими и функциональными изменениями, а также изменением пропорций тела. У больных наблюдается пролиферация соединительной ткани с накоплением внутриклеточного матрикса, увеличение объема мышечной ткани, гиперплазия эпителиальных клеток.

В зависимости от возраста дебюта заболевания (до или после завершения пубертата) клиническими проявлениями хронической гиперпродукции СТГ являются гигантизм или акромегалия.

Акромегалия — тяжелое нейроэндокринное заболевание, обусловленное хронической гиперпродукцией соматотропного гормона (СТГ) опухолью гипофиза (98%) у лиц с завершённым физиологическим ростом и характеризующееся патологическим диспропорциональным периостальным ростом костей, хрящей, мягких тканей, внутренних органов, нарушением морфо-функционального состояния сердечно-сосудистой, легочной системы, периферических эндокринных желез, различных видов метаболизма.

Вследствие гиперпродукции СТГ при акромегалии происходит рост всех органов и тканей, что обуславливает появление главных клинических симптомов заболевания, таких как сердечно-сосудистые заболевания, легочные осложнения, онкологические заболевания и другие. К примеру, частота развития доброкачественных и злокачественных опухолей различной локализации у больных акромегалией превышает таковую в общей популяции по данным многих авторов. Однако, об осложнениях акромегалии, свя-

занных с верхним отделом пищеварительного тракта, известно крайне мало.

Цель исследования: выявить характер эндоскопических изменений пищевода у больных акромегалией.

Материалы и методы

Исследование основано на анализе результатов гастродуоденоскопий 128 пациентов с акромегалией, наблюдающихся в ГБУЗ МО МОНКИ им. М. Ф. Владимирского.

Больные находились на стационарном обследовании в отделении терапевтической эндокринологии, в ходе которого была подтверждена акромегалия, либо проходили очередное обследование по поводу уже выявленного ранее заболевания.

Результаты исследования

В ходе исследования патология пищевода была обнаружена у 16 пациентов (12,5%): эзофагит 1ой степени — у 13 (10,2%) пациентов, эзофагит 2ой степени — у 2 (1,6%), гиперпластический полип пищевода — у 1 (0,7%) пациента.

Хотелось бы отметить, что ввиду повышенной выработки СТГ, меняются размеры не только конечностей, но и увеличиваются размеры внутренних органов, в том числе, увеличивается и длина пищевода. Кардия находится на 42, 6+-0,5см от резцов и, в большинстве случаев, не смыкается, что, казалось бы, является предрасполагающим фактором для возникновения эзофагитов различной степени тяжести. Однако, это противоречит результатам данного исследования.

В связи с этим, был проведен анализ зависимости наличия патологии пищевода у больного и проводимого лечения на момент проведения гастродуоденоскопии. Было выявлено, что из 16 пациентов, у которых была найдена патология пищевода, 3 (12,5%) человек принимали аналоги соматостатина, а 13 (87,5%) — нет. Известно, что аналоги соматостатина, кроме основного эффекта — уменьшения гормона роста в крови, имеют также антисекреторный эффект, подобный блокам протонной помпы. Поэтому, можно предположить, что, несмотря на предрасположенность больных акромегалией к различным патологиям пищевода из-за увеличения размеров органов, при приеме аналогов

соматостатина для лечения основного заболевания, уменьшается вероятность возникновения заболеваний пищевода, связанных с повышенной кислотностью желудочного сока.

Вывод

Результаты исследования показали, что больные акромегалией, принимающие аналоги соматостатина для лечения основного заболевания, имеют более

низкую вероятность развития кислотзависимых заболеваний пищевода. Однако, наряду с этим необходимо отметить, что более низкие цифры уровня кислотности желудочного сока являются предрасполагающим фактором к развитию неоплазий различной степени злокачественности. Поэтому обследование верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных акромегалией, должно проводиться с учетом вышеуказанных параметров.

Пероральная эндоскопическая миотомия, результаты личного опыта

Федотов Л. Е., Оглоблин А. Л., Мамедов Ш. Д., Габдрахманова Л. А.

Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии

(Заведующий кафедрой д.м.н. проф. Королев М. П.)

ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет Минздрава России

г. Санкт-Петербург

Введение

Ахалазия кардии — врожденное или приобретенное расстройство моторики пищевода, проявляющееся нарушением прохождения пищевого комка в желудок в результате недостаточного рефлексорного раскрытия нижнего сфинктера при глотании и беспорядочной перистальтики вышележащих отделов пищеводной трубки. С первого упоминания описания заболевания, сходного с ахалазией кардии, прошло более 400 лет. С тех пор в лечении применялись разнообразные методы — от бужирования китовым усом до эндоскопической баллонной дилатации, результаты которых были различны. Самым последним и новым методом лечения является пероральная эндоскопическая миотомия — Per Oral Endoscopic Myotomy (ПОЕМ). Впервые данная операция на пищеводно-желудочном переходе у человека выполнена 8 сентября 2008 г. японским профессором Inoue Н. Клинические исследования показали высокую его эффективность в сочетании с низкой вероятностью развития тяжелых осложнений. Методика заключается в формировании канала в подслизистом слое в зоне повышенного тонуса пищевода, рассечении его циркулярного мышечного слоя и мышц кардиального отдела желудка.

Цель исследования

Показать полученные результаты при выполнении РОЭМ у больных с ахалазией кардии.

Материалы и методы

На кафедре общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ, на базе СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» г. Санкт-Петербурга с 2014 года 30 больным выполнена пероральная эндоскопическая миотомия, с II III IV степенью заболевания а больным с первой степенью выполнялась баллонная дилатация. Из них 21 женщина и 9 мужчин в возрасте от 18 до 65 лет, 18 больных со II степенью, 10 больных с III степенью и 2 больных IV степенью заболевания.

Преимущественно у женщин наблюдалось II степень, а у мужчин III–IV степень заболевания. Результат лечения оценивали клинически, эндоскопически и рентгенологически. Клинически больные со II степенью ахалазии кардии отмечали полное отсутствие явлений дисфагии, прибавление массы тела, отсутствие

ночного кашля и болевых ощущений за грудиной. Эндоскопически наблюдали: складки слизистой расположены продольно, слизистая гладкая, ровная, блестящая, кардия расположена по центру, обычно сомкнута, но достаточно легко раскрывается при небольшой инсуффляции воздуха.

При ретроградном осмотре складки в области пищеводно-желудочного перехода плотно охватывает эндоскоп, слизистая оболочка эластичная. На контрольных рентгенологических снимках также отмечалась положительная динамика в виде свободного прохождения контрастного вещества без задержки в области нижнего пищеводного сфинктера, пищеводного рефлюкса, сокращения просвета органа до нормальных размеров в период от 3 до 6 месяцев. У больных с III степенью ахалазии кардии после пероральной эндоскопической миотомии, в послеоперационном периоде от 6 до 12 месяцев сохранялась дисфагия 1–2 балла, 2 больных беспокоила изжога. Эндоскопически в просвете пищевода имелась слизь, сохранялось эксцентричное расположение кардии и, как правило, она была сомкнута. Слизистая оболочка пищевода несколько отечная, умеренно гиперемирована в дистальном отделе. Рентгенологический у этих больных с III ахалазии кардии отмечается кратковременная задержка контрастного вещества в области нижнего пищеводного сфинктера, просвет пищевода сокращен на от исходной величины, у 4 больных отмечался пищеводный рефлюкс.

Не смотря на сохраняющиеся жалобы явления дисфагии и изжогу, все больные отмечают улучшение качества жизни в виде расширения диеты, свободного прохождения как твердой, так и жидкой пищи, без каких-либо дополнительных воздействий и приспособлений. Больные с IV степенью заболевания в наблюдаемом послеоперационном периоде предъявляли жалобы на дисфагию 2 балла.

При контрольной эндоскопии сохранялся расширенный просвет пищевода до 6 см, с извитым просветом, умеренным количеством жидкости. Слизистая оболочка отечная, местами имеет крупноячеистый вид, отмечалась поперечная складчатость слизистой пищевода за счет его удлинения и растяжения. Сохранялся слепой мешок, а кардия была смещена в сторону и, как правило, находился выше дна этого мешка, проходима для аппарата. Рентгенологически просвет пищевода

оставался широким, оставался S-образный изгиб, контрастное вещество поступало в желудок малыми порциями с длительной задержкой в области пищеводно-желудочного перехода.

В заключении хотелось бы привести клинический пример.

Больной О., мужчина, 66 лет. Предъявлял жалобы на чувство затруднения прохождения жидкой и твердой пищи, срыгивание съеденной пищей, ночной кашель, боли за грудиной, чувство изжоги, обильное слюноотделение, снижение массы тела на 10–12 кг за 24 месяца. Из анамнеза так же известно, что 40 лет назад установлен диагноз: «кардиоспазм IV степени», по поводу чего выполнено хирургическое лечение в объеме операции Геллера с фундопликацией по Ниссену. Спустя столь длительное время больной повторно обратился за медицинской помощью в связи с вновь появившимися жалобами на дисфагию, срыгивание съеденной пищей, кашель в ночное время, чувство распирания за грудиной после еды и изжогу.

Выполнено рентгенологическое исследование (Рис.1), где выявлены изменения пищевода, характерные для IV степени заболевания; расширенный просвета пищевода до 6 см, S-образный изгиб нижней трети, задержка контрастного вещества в области пищеводно-желудочного перехода, отсутствие газового пузыря. Выполнено пероральная эндоскопическая миотомия. В послеоперационном периоде через 6 месяце при выполнении эндоскопии в просвете пищевода отмечалось умеренное количество слизи прослеживалась вялая перистальтика стенки пищевода слизистая оболочка в нижнем грудном отделе была умеренно отечная и гиперемирована, кардия располагалась эксцентрично была сомкнута, легко проходима для аппарата.

Рентгенологически рис 2,3 отмечалось уменьшение диаметра пищевода с сохранением слепого кармана и эксцентрично расположенным ходом в кардию. Контрастное вещество свободно поступало в желудок через пищеводно-желудочный переход. Клинически больной отмечал, свободное прохождения любой пищи по пищеводу отсутствие срыгивания ранее съеденной пищей, чувства распирания за грудиной и отсутствие кашля в ночное время.

Выводы

Очевидно, что способ пероральной эндоскопической миотомии является новым высокоэффективным, наиболее безопасным, малоинвазивным методом лечения у преимущественно у больных страдающих с ахалазией кардии II–III степени заболевания.



Рис. 1. Рентген до операции

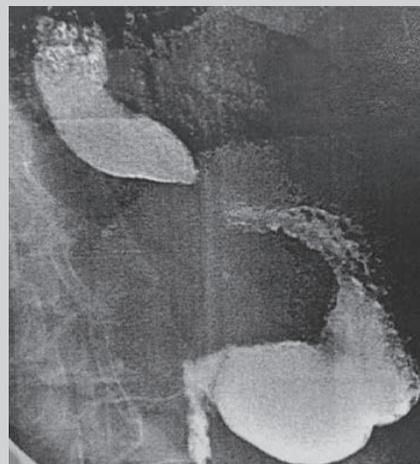


Рис. 2. Рентген контроль через 6 месяцев

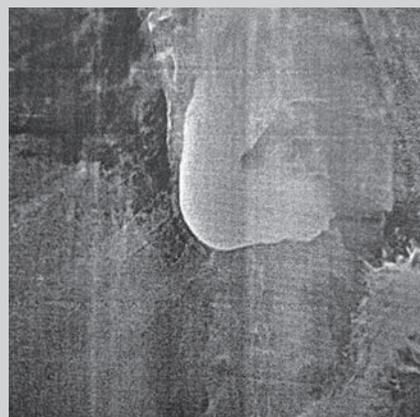


Рис. 3. Рентген контроль через 6 месяцев

Анализ неудовлетворительных результатов бужирования по струне у больных с рубцовыми стриктурами пищевода

Хаджибаев Ж. А., Низамходжаев З. М., Шагазатов Д. Б., Абдуллаев Д. С., Бекбулатов М.

Республиканский Специализированный Центр Хирургии им. акад. В. Вахидова

г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность

Наиболее распространенным методом лечения постожоговых рубцовых стриктур пищевода (ПРСП) является бужирование. Несмотря на высокую эффективность данной методики, число неудовлетворительных результатов у больных с тотальными стриктурами остается достаточно высокой.

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 больных 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 ко-

личество 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 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 непроницающее 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 пациентов 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

Опыт эндоскопического лигирования варикозно-расширенных вен пищевода у больных с портальной гипертензией

Шитиков И. В., зав. отделением лучевой диагностики и интраскопии, МБУЗ городская больница № 20

Косенко В. А., зав. отделением гастроэнтерологическим МБУЗ «городская больница № 7», ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России

Кабанов О. П., врач-эндоскопист, отделение лучевой диагностики и интраскопии, МБУЗ городская больница № 20

Дмитриев А. В., врач-хирург, эндоскопист, кафедра хирургических болезней № 2 ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, отделение лучевой диагностики и интраскопии, МБУЗ городская больница № 20

г. Ростов-на-Дону

Актуальность

Кровотечение из варикозных вен пищевода (ВРВП) и желудка представляет собой тяжелое осложнение портальной гипертензии, которое зачастую является фатальным. Частота ВРВП варьирует от 30% до 70% у пациентов с циррозом печени, при этом 9–36% больных входят в группу «высокого риска» развития варикозных геморрагий [1]. Лечение данного осложнения является сложной задачей urgentной хирургии и эндоскопии. Появление и совершенствования малоинвазивных эндоскопических методик диагностики, превентивного лечения и гемостаза открыло новую страницу в решении проблемы ВРВП и желудка. Эндоскопическое лигирование (ЭЛ) показало высокую эффективность как в профилактике, так и при остром варикозном кровотечении. Частота достижения гемостаза составляет более 90%, а летальность не более 15% [2].

Цель

Оценить эффективность ЭЛ ВРВП и желудка у больных с портальной гипертензией цирротического генеза.

Материалы и методы

В исследование включены 131 пациент с циррозом печени, осложненным портальной гипертензией (119 мужчин и 12 женщин). Средний возраст больных составил $51,0 \pm 10,5$ лет. Все пациенты находились на лечении в МБУЗ «Городская больница № 20 города Ростова-на-Дону» с 2010 по 2015 гг. Сто пятнадцать пациентов имели хроническую печеночную недостаточность класс В по Child-Pugh, шестнадцать человек — класс С. Всем пациентам выполнялось ЭЛ лигатором фирмы Endo-flex. До проведения манипуляции у больных зарегистрированы неоднократ-

ные варикозные геморрагии в анамнезе. При эндоскопическом осмотре у пациентов диагностированы ВРВП 2–3 степени. У всех больных (131 человек) определялись маркеры кровотечения. 89 человек с умеренно расширенными, извитыми ВРВП (F2) и 42 пациентов со значительно расширенными, узловатыми ВРВП (F3). Во время одного сеанса было лигировано от 4 до 10 вариксов на всем протяжении ВРВП. Манипуляция проводилась винтообразно в проксимальном направлении. В ряде случаев лигирование проводилось в 2 этапа с промежутком в 1 месяц до полной эррадикации. Динамическое наблюдение проводилось в 1,5 лет.

Результаты

Оценку эффективности выполненного ЭЛ оценивали с периодичностью раз в три месяца. Из 131 пациента эррадикация ВРВП достигнута у 119 пациента (90,8%). В течение всего периода наблюдения рецидив вариксов возник у 27 пациентов (22,7%). Повторные варикозные геморрагии (рисунок 1а, б) отмечены у 23 больных (19,3%). У всех пациентов было установлено, что ЭЛ привело к регрессии степени ВРВП (рисунок 2а-г), а в ряде случаев до полного их исчезновения. Летальность отмечена в 7 случаях (5,3%). Основная причина смерти пациентов в отдаленном послеоперационном периоде связана с прогрессированием основного заболевания и усугубления тяжести течения хронической печеночной недостаточности.

Выводы

При высокой вероятности развития первого эпизода кровотечения из ВРВП и желудка у больных с циррозом печени целесообразно проведение профилактического ЭЛ, как наиболее безопасного



Шитиков И. В.



Косенко В. А.



Кабанов О. П.

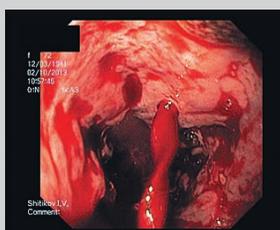


Рис. 1 а

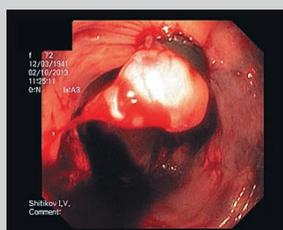


Рис. 1 б

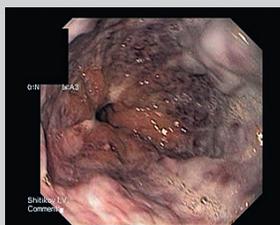


Рис. 2 а

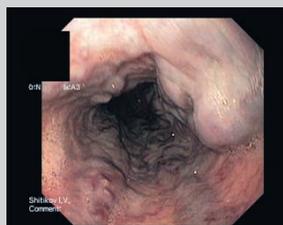


Рис. 2 б

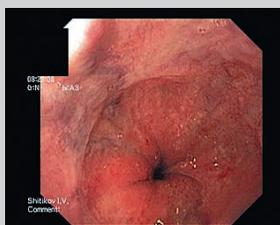


Рис. 2 в

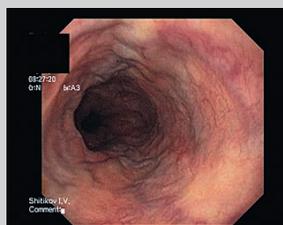


Рис. 2 г

и доступного метода. ЭЛ является высокоэффективной манипуляцией в достижении стойкого гемостаза при продолжающихся варикозных геморрагиях.

Литература:

1. P. Dite, D. Labrecque et al. Варикозно расширенные вены пищевода (ВРВП).//Практические рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической Организации.— 2008.— С. 2.
2. А. А. Филин. Л. М. Мяукина и др.//Материалы II Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы эндоскопии»,— С. 135–136.

Роль лигирования варикозно-расширенных вен пищевода в профилактике кровотечений портального генеза

Шишин К. В., д.м.н., заведующий отделением оперативной эндоскопии
Бакулин И. Г., д.м.н., проф., руководитель отдела заболеваний печени
Недолужко И. Ю., к.м.н., с.н.с. отделения оперативной эндоскопии»
Курушкина Н. А., к.м.н., н.с. отделения оперативной эндоскопии
Бабаян А. Ф., врач-ординатор

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр Департамента здравоохранения г. Москвы»

г. Москва

Актуальность

Хронические заболевания печени различной этиологии зачастую приводят к портальной гипертензии, которая является причиной формирования porto-системных венозных коллатералей, включая варикозное расширение вен (ВРВ) пищевода и желудка. Варикозное кровотечение является самым серьезным жизнеугрожающим осложнением портальной гипертензии. Летальность при первом эпизоде кровотечения составляет 30–50%. У 60% пациентов, перенесших кровотечение из ВРВ пищевода и желудка в прошлом, в течение первого года возникает рецидив, от которого погибают еще от 30 до 70% больных. Таким образом, именно гастроэзофагеальные кровотечения делают портальную гипертензию у больных с циррозом печени хирургической проблемой.

Материал и методы

В период с ноября 2013 года по декабрь 2015 года включительно в отделении оперативной эндоскопии ГБУЗ Московского клинического научного центра ДЗ Москвы (МКНЦ) выполнено 237 эндоскопических лигирований вен пищевода 211 пациентам. Все пациенты первично находились на обследовании и лечении в отделении заболеваний печени МКНЦ. В протокол обязательного обследования пациентов включено выполнение эзофагогастродуоденоскопии с оценкой степени варикозного расширения вен по классификации N. Soehendra или ее модификации (Рис. 1). Эндоскопическое лигирование выполнялось пациентам с ВРВ пищевода 3 степени согласно указанной выше классификации.

Средний возраст пациентов составил 55,3 года (min 25 — max 82), из них мужчин было 111 (52,6%), женщин — 100 (47,4%). Распределение по этиологии

развития цирроза печени было представлено следующим образом: алиментарный гепатит — 87 (41,2%), вирусные гепатиты — 48 (22,7%), цирроз смешанной этиологии — 29 (13,8%), первичный билиарный цирроз печени — 21 (10%), токсический — 7 (3,3%) и аутоиммунный цирроз — 4 (1,9%), неалкогольная жировая болезнь печени — 2 (0,9%), криптогенный цирроз — 1 (0,5%), гепатолентикулярная дегенерация — 1 (0,5%), цирроз неясной этиологии — 10 (4,7%).

Лигирование ВРВ пищевода в подавляющем большинстве было выполнено в плановом порядке. При этом у 41 (19,4%) пациента в анамнезе уже было кровотечение из ВРВ пищевода. В 5 (2,4%) наблюдениях лигирование выполнено после эндоскопической констатации продолжающегося кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. Выполнение лигирования вен на высоте кровотечения считали нецелесообразным. Всем пациентам первым этапом лечения проводился временный гемостаз с использованием зонда Сенгстагена-Блэкмора, инфузионная терапия с восстановлением объема циркулирующей крови, вазопрессорная терапия, направленная на снижение давления в системе воротной вены с последующим лигированием ВРВ пищевода в качестве окончательного метода гемостаза.

Техника оперативного вмешательства

Операцию проводили под внутривенной анестезией. Для лигирования ВРВ использовали специальные устройства — лигаторы. В своей практике использовали многозарядные лигаторы фирм Cook Medical и Boston Scientific с числом предзаряженных лигатур от 6 до 10. Аппарат проводился до области пищеводно-желудочного перехода при минимальной инсuffляции воздуха с це-



Шишин К. В.

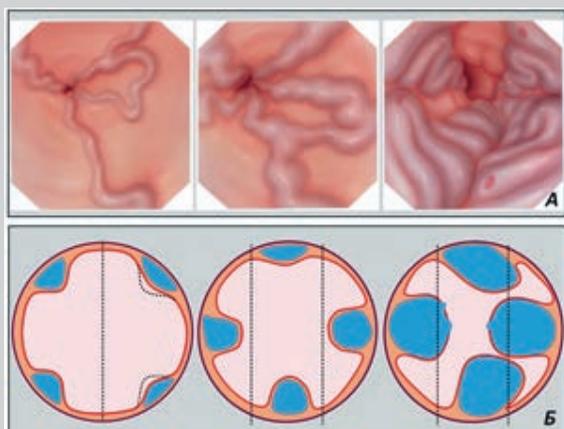


Рис. 1

А. Классификация варикозного расширения вен пищевода N. Soehendra, K. Binmoeller (1997):

1 степень: диаметр вен не превышает 5 мм, вытянутые, располагаются только в нижней трети пищевода;
2 степень: диаметр вен от 5 до 10 мм, извитые, расположены в средней трети пищевода;

3 степень: диаметр более 10 мм, напряженные, с тонкой стенкой, расположены вплотную друг к другу, на поверхности вен «красные маркеры». (Из N. Soehendra, K.F. Binmoeller, H. Seifert, H. W. Schreiber. *Therapeutic Endoscopy. Color Atlas of Operative Techniques for the Gastrointestinal Tract*. 2005.)

Б. Усовершенствованная классификация (рекомендована ESGE):

1 степень (G1, малый варикоз): Варикозное расширение вен в виде прямых венозных стволов небольшого диаметра, которые частично или полностью спадаются при инсуффляции воздуха

2 степень (G2, средний варикоз): Варикозное расширение вен в виде извилистых стволов, которые занимают менее 1/3 просвета пищевода и не спадаются при инсуффляции воздуха

3 степень (G3, большой варикоз): Варикозное расширение вен в виде извитых петлистых стволов, которые занимают более 1/3 просвета пищевода, наличие предикторов кровотечения в виде супервариксов и «вишневых» пятен

люю избежать срыгивания и разрыва вариксов. Лигирующие устройства разных фирм-производителей принципиально отличаются особенностями расположения колец на колпачке. У большинства производителей они попадают в поле зрения эндоскопа и существенно снижают угол зрения. Это, безусловно, является недостатком устройства, ограничивающим возможности уверенных манипуляций, особенно в условиях имеющегося кровотечения или при его возникновении по ходу процедуры (Рис. 2). Техническое решение в виде размещения лигирующих колец на колпачке вне поля зрения эндоскопа значительно облегчает условия визуализации за счет расширения бокового поля зрения через прозрачную стенку колпачка. Также следует отметить, что в зависимости от числа предзаряженных лигатур и методов их освобождения, имеющих разные конструктивные решения у разных производителей, внутренняя полость колпачка может иметь различный объем. Эти особенности необходимо принимать во внимание в процессе лигирования, т.к. обе ситуации, как аспирации недостаточного объема варикозного узла, так и избыточного его объема с большим участком подслизистого слоя, могут явиться причиной возникновения интра- и послеоперационных осложнений в виде соскакивания лигатуры, разрыва варикса с последующими кровотечением или формирования стриктуры в отдаленном послеоперационном периоде (Рис. 3).

Особое внимание заслуживают некоторые особенности монтажа рукоятки лигирующего устройства на биопсийном канале эндоскопа (Рис. 4). Принципиальное значение имеет герметичное расположение конструкции, которое позволяет беспрепятственно добиться оптимального разрежения в колпачке при аспирации варикса. С учетом возможных несоответствий диаметра стыкуемых частей, обусловленных различиями в строении эндоскопов и лигирующих устройств различных компаний производителей, фиксация рукоятки лигатора на биопсийном канале может быть осуществлена как непосредственно на наружном отверстии канала, так и через герметизирующий резиновый колпачок. Другим важным практическим аспектом является надежная жесткая фиксация рукоятки лигатора, которая обеспечивает стабильность конструкции на всех этапах операции.

При минимальной инсуффляции воздуха определяли варикозный узел наибольшего размера или с наличием наиболее выраженных предикторов кровотечения с наличием супервариксов или «вишневых пятен» (Рис. 5). Выбранный варикозный узел на аспирации максимально втягивали в просвет колпачка до полного касания его объектива эндоскопа и появления «красного пятна» в поле зрения. Низкоамплитудные движения дистальным концом аппарата облегчали подвижность слизистой и полноценное заполнение полости колпачка. Излишняя аспирация варикса нецелесообразна, т.к. может приводить к попаданию тканей в биопсийный канал аппарата и перфорации вены на фоне разреженного давления. В последующем на высоте аспирации, избегая активных движений эндоскопом, сбрасывали

лигатуру на основание варикса. Освобождение лигированных тканей из колпачка осуществлялось путем аккуратного извлечения аппарата на 2–3 см на фоне возобновления подачи воздуха, способствующего выталкиванию лигированных тканей. В последующем кольца накладывали по спирали, избегая наложения лигатурных колец в одной плоскости по окружности пищевода с целью профилактики дисфагии в ближайшем послеоперационном периоде и формирования стриктуры на более поздних сроках (Рис. 6). В зависимости от степени выраженности ВРВ за сеанс накладывали до 10 лигатур. При проведении лигирования после предварительного временного гемостаза первую лигатуру накладывали на тромбированный варикс, а затем лигировали остальные ВРВ пищевода.

Результаты

Среднее время оперативного вмешательства составило 10 минут (5–15 минут). В двух наблюдениях отмечались интраоперационные кровотечения, обусловленные соскакиванием наложенной лигатуры (1) и травмой вены краем лигирующего колпачка (1). Оба осложнения устранены повторным лигированием с вовлечением источника кровотечения и не потребовали изменения лечебной тактики. В день вмешательства пациентам был разрешен прием только прохладной негазированной воды. Со второго дня разрешали питание прохладной, жидкой или протертой пищей. У пациентов с наличием загрудинной боли назначали препараты группы НПВС. Болевой синдром обычно купировался к вторым — третьим суткам. Средний койко-день составил 2 дня. Повторный эндоскопический осмотр в ранние сроки после операции (до 10 дней) считали нецелесообразным. Более того, считаем, что оно провоцирует риск развития кровотечения, т.к. приходится на пик эрозивно-язвенного поражения, обусловленного отхождением лигатур.

Контрольная ЭГДС назначалась с интервалом 1 раз в 3 месяца и при наличии новых стволов варикозных вен проводились повторные лигирования. Всего 10 (4,7%) пациентам из группы наблюдения потребовались повторные лигирования (от 1 до 3 раз за период наблюдения). У 3 (1,4%) пациентов, которым было выполнено лигирование в экстренном порядке, развились послеоперационные кровотечения (от 3 до 7 дней послеоперационного периода). После выполнения ЭГДС и констатации состоявшегося кровотечения, устанавливался зонд Сенгстакена-Блэкмора с последующим проведением склеротерапии. 2 (0,6%) пациента с кровотечениями умерли в отделении реанимации на фоне нарастания полиорганной недостаточности. Оба имели терминальную стадию цирроза печени класса С по классификации Чайлд-Пью.

В настоящее время все пациенты, которым выполнено эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода, находятся под динамическим наблюдением специалистов-гепатологов отделения заболеваний печени МКНЦ с проведением мониторинга выраженности портальной гипертензии. Повторные лигирования ВРВ потребовались 26 (12,3%) пациентам наблюдаемой группы.

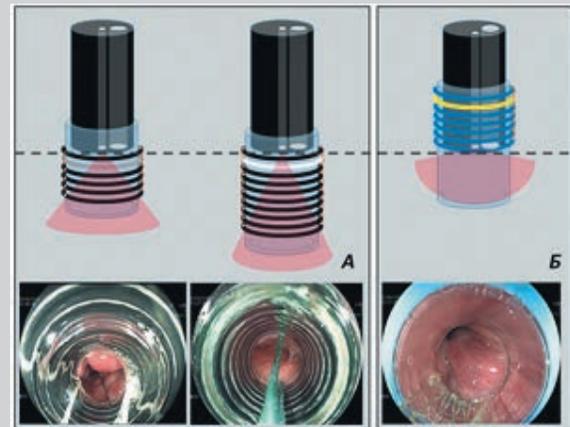


Рис. 2. Угол поля зрения через эндоскоп при смонтированном лигаторе. А) Лигатуры расположены в поле зрения эндоскопа. Б) Лигатуры расположены вне поля зрения эндоскопа

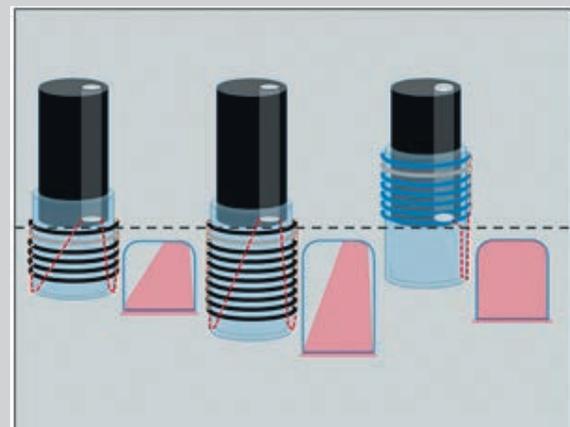


Рис. 3. Конфигурация и объем внутренней полости колпачка при смонтированном лигаторе разного типа

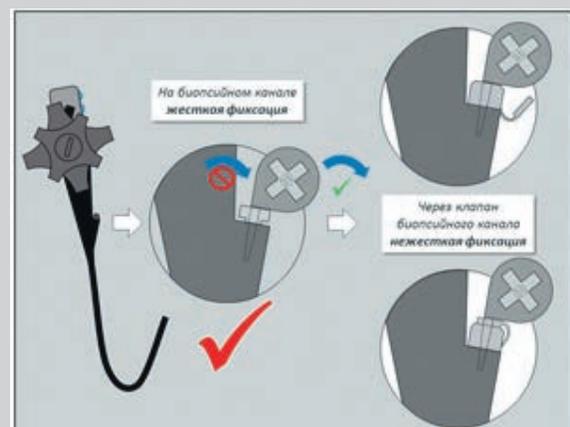


Рис. 4. Особенности монтажа рукоятки лигирующего устройства на биопсийном канале эндоскопа

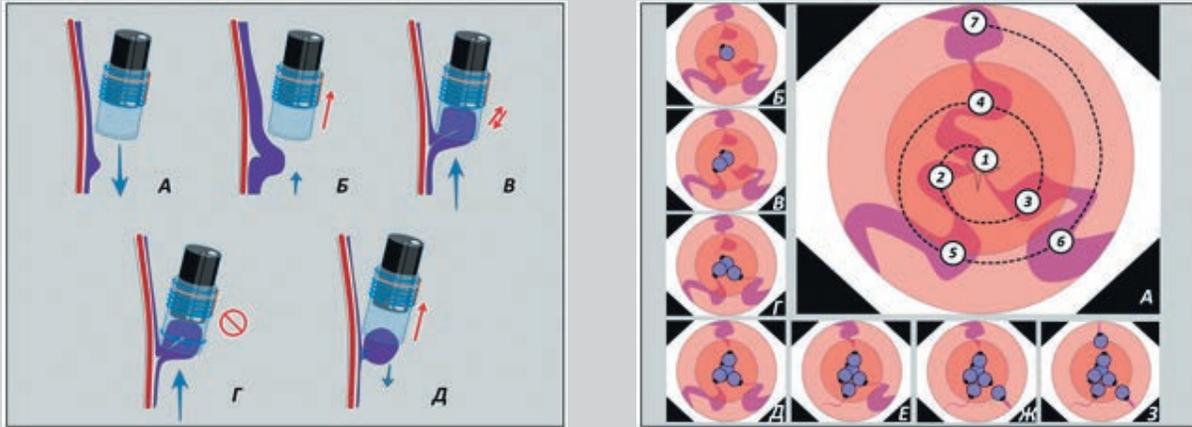


Рис. 5. Этапы лигирования ВРВ пищевода. А) Осмотр при инсуфляции. Б) Осмотр при минимальной инсуфляции с определением ВРВ максимального диаметра. В) Аспирация варикса в колпачок лигатора. Г) Сбрасывание лигирующего кольца. Д) Освобождение лигированного узла из дистального колпачка.

Заключение

Эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода является высокоэффективным, экономичным и технически простым методом профилактики жизнеугрожающих кровотечений портального генеза.

Эндоскопическая и эндосонографическая диагностика доброкачественных образований пищевода в амбулаторно-поликлинических условиях

Шишков А. С., к.м.н., врач-эндоскопист,
Кулеша И. А., заведующая эндоскопическим центром, врач-эндоскопист
Рылова Ю. А., врач-эндоскопист

УЗ 2-я Центральная районная поликлиника
Эндоскопический центр № 2

г. Минск, Беларусь

Доброкачественные опухоли (ДО) пищевода встречаются относительно редко и, в большинстве случаев, являются случайной находкой рентгенологов или эндоскопистов. Клиническое проявление ДО пищевода, как правило, отсутствует и только при больших размерах опухоли могут появляться чувства дискомфорта в различных его формах. Визуальное обнаружение объекта в пищеводе не представляет трудностей, однако определение его структуры, в большинстве случаев, невозможно.

Цель исследования

Изучить возможности эндоскопического и эндосонографического методов исследования в диагностике ДО пищевода в условиях районной поликлиники. Провести анализ результатов исследования.

Материал и метод

В эндоскопическом центре УЗ «2-я центральная районная поликлиника» г. Минска накоплен определенный опыт диагностики ДО пищевода. В нашей работе представлены результаты эндоскопического обследования 25 больных с доброкачественными опухолями пищевода, в том числе у 16 больных совместно с эндосонографией. Исследования проводились эндоскопами Fujinon.

Результаты исследования

В представленной группе больных, мужчин было 2 и женщин — 23. По возрасту, до 50 лет было 7 пациентов и 18 пациентов старше 50 лет. Из 25 пациентов только 1 предъявлял жалобы на дискомфорт в области за грудиной. Чаще всего опухоль локализовалась в нижней трети пищевода — 11 случаев, в средней трети — 8 и в верхней трети — 7 случаев. При сопоставлении размеров ДО пищевода у 13 больных установлено, что в 8 случаях при эндосонографии размеры оказались значительно больше,

в 2 случаях разница небольшая и в 3 случаях размеры совпали. Эндоскопически диагноз «лейомиома» установлен у 8 больных, из которых эндосонографически установлено — гастроинтестинальная стромальная опухоль — 1 случай, киста — 4, лейомиома — 3. Эндоскопически — вдавление стенки пищевода из-вне — 2 случая, у которых эндосонографически патологии не выявлено. Из 4 пациентов с диагнозом — подслизистая опухоль пищевода, у 1 диагностирована киста и у 3 лейомиома. И в 1 случае эндоскопически был поставлен диагноз — полип пищевода, при эндосонографии установлена киста пищевода. В 9 случаях, когда производилась биопсия, диагноз был подтвержден только у 4 больных с папилломой пищевода.

Выводы:

1. Все больные были направлены на эндоскопическое исследование по поводу других заболеваний желудочно-кишечного тракта.
2. Чаще ДО пищевода выявляются у женщин и у пациентов в возрасте старше 50 лет.
3. Визуальное обнаружение объекта в пищеводе не представляет трудностей.
4. Эндоскопическое определение структуры ДО пищевода возможно в 50 % случаев.
5. При неэпителиальном происхождении опухоли, целесообразнее писать заключение — подслизистое образование пищевода.
6. При эндоскопическом выявлении ДО пищевода, обязательно проводится эндосонография для уточнения структуры и размеров опухоли.
7. Биопсия целесообразна при эпителиальных опухолях пищевода. При подслизистых опухолях пищевода биопсия малоэффективна.



Шишков А. С.



Кулеша И. А.



Рылова Ю. А.

Возможности эндоскопического гемостаза у больных с синдромом портальной гипертензии, осложненным кровотечением в условиях ЦРБ

Шмелев С.Н., Шапкин Ю.Г., Федоров В.Э., Урядов С.Е., Хлопкова А.Г.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный университет им. В.И. Разумовского»

г. Саратов

Актуальность

Лечение осложнений портальной гипертензии является одной из актуальных и нерешенных проблем медицины.

Риск развития пищеводно-желудочного кровотечения в течение первых 2-х лет после выявления варикозной трансформации подслизистых вен пищевода составляет 30%. Летальность при первом эпизоде кровотечения превышает 50%. Если гемостаз достигается без применения эндоскопических или хирургических методов, рецидив геморрагий в течение года развивается у 50–70% больных и у 80–90% при двухлетнем наблюдении. В целом смертность больных циррозом печени при пищеводно-желудочных кровотечениях оценивается в 30–60%. Для анализа взята группа больных с варикозным кровотечением, проходивших лечение в условиях ЦРБ г. Балаково Саратовской области потому, что количество таких больных в районах области особенно велико. Подавляющее большинство из них нет возможности доставлять в областной центр и лечить на базе университетских клиник силами высококвалифицированных специалистов. В районах больше тяжелых больных, т.к. здесь нет достаточной первичной эндоскопической диагностики ВРВП, отсутствует диспансеризация, имеет место поздняя доставка в медицинское учреждение, отсутствие достаточного технического обеспечения и нехватка специалистов, владеющих методиками эндоскопического гемостаза.

Материалы и методы

При поступлении больного с кровотечением из ВРВП используется следующий алгоритм лечения: Алгоритм лечения больных с кровотечением из ВРВП.

Временный гемостаз при продолжающемся кровотечении из ВРВП достигается постановкой зонда-обтуратора. В некоторых клиниках, несмотря на имеющиеся общепринятые тактические установки, продолжают останавливать кровотечение эндоскопическими методами, хотя остановка кровотечения с помощью эндоскопических методик весьма трудоемка, малоэффективна, а порой и опасна из-за плохой визуализации источника кровотечения.

Для определения способа окончательного гемостаза (операция или эндоскопия) необходимо учитывать степень тяжести цирроза печени. Наиболее применяемая на сегодняшний день классификация Чайлда — Туркотта в модификации Паг (1964–1972)

Для определения степени ВРВП используется классификация N. Soehendra, K. Binmoller (1997год):

- I степень — диаметр вен до 5мм.
- II степень — диаметр вен 5–10мм.
- III степень — диаметр вен > 10мм.

На сегодняшний день для профилактики рецидива кровотечения из ВРВП наиболее эффективным является методика эндоскопического лигирования. Преимущества данной методики по сравнению с другими эндоскопическими методиками (склеротерапия) представлены как снижением количества рецидивов кровотечений, так и меньшим количеством осложнений.

Результаты и обсуждения

За период 2010–2015 г.г. эндоскопическое лигирование ВРВП выполнено 128 больным. С продолжающимся или состоявшимся варикозным кровотечением в клинику поступило 64 больных, из которых 58 (90,6%) пациентам выполнено эндоскопическое лигирование ВРВП. У 6 (9,4%) больных с декомпенсированным циррозом печени гемостаз достигнут постановкой зонда-обтуратора, но лигирование не выполнялось из-за тяжести состояния больных. 70 (54,7%) больным эндоскопическое

Алгоритм лечения больных с кровотечением из ВРВП



Таблица 1. Анализ контрольных осмотров после эндоскопического лигирования

	6 месяцев	12 месяцев	24 месяца
Отсутствие ВРВП	38 (77,6%)	30 (61,2%)	23 (46,9%)
Рецидив ВРВП	11 (22,4%)	19 (38,8%)	26 (53,1%)
Рецидив кровотечения	1 (2,0%)		2 (4,1%)

лигирование ВРВП выполнялось с целью первичной профилактики кровотечения.

Динамический контроль проводился через 30 дней после вмешательства. При необходимости производилось дополнительное лигирование (27 случаев). Контрольные осмотры через 6, 12, 24 месяца после вмешательства проводились у 49 больных.

Рецидив кровотечения через 5 месяцев после лигирования возник у 1 (2,0%) больного с декомпенсированным циррозом класса С, а в течении второго года после лигирования у 2 (4,1%) больных с циррозом класса С, что привело к летальному исходу у данных больных.

Выводы

1. Эндоскопическое лигирование целесообразно выполнять по достижению временного гемостаза при помощи зонда-обтуратора
2. Использование эндоскопического лигирования при кровотечениях из ВРВП позволяет избежать рецидива кровотечения у большинства больных.
3. Риск развития системных осложнений при эндоскопическом лигировании ВРВП практически отсутствует, так как метод является механическим и не связан с введением каких-либо химических веществ в сосудистое русло.

Срок диагностики перфораций пищевода при диагностической эндоскопии

Эпштейн А. М., Махавкин А. С., Собинин О. В., Поздеев С. С., Максимов Д. С.

Первая городская клиническая больница им Волосевич Е.Е
Северный Государственный Медицинский Университет
Архангельская областная клиническая больница

г. Архангельск

Введение

Перфорация пищевода является редким, но грозным осложнением диагностической эндоскопии. Считается, что ранняя диагностика это ключ к успешному лечению таких пациентов.

Методы

Был выполнен ретроспективный анализ всех случаев перфораций пищевода при диагностической эндоскопии за последние 5 лет в Архангельской области.

Результаты

Было зафиксировано 11 случаев перфорации пищевода при диагностической эндоскопии, что составляет около 0,004% от всех диагностических исследований верхних отделов желудочно-кишечного тракта в нашей области. Средний возраст пациентов был $54,5 \pm 20,5$ (22–82) лет. Ни у одного из пациентов не было фоновой патологии, как например ценкеровский дивертикул. В 8 (72,7%) случаях произошла перфорация шейного сегмента и в 3 (27,3%) случаях перфорация грудного отдела. В среднем промежуток времени между катастрофой

при эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) и временем диагностики осложнения составил $41,8 \pm 46,5$ (1–168) часов, но в 63,6% всех случаев (7 пациентов) диагноз перфорации был поставлен более чем через 24 часа после случившегося и только у одного пациента перфорация была выявлена сразу после ЭГДС!

Средний срок нахождения пациентов в стационаре составил $34,8 \pm 18,8$ (15–83) дней. Все пациенты были выписаны с выздоровлением. Корреляции между сроком диагностики перфорации и длительностью госпитализации выявлено не было ($p > 0,05$).

Заключение

Несмотря на редкую встречаемость этого осложнения, каждый случай представляет серьезную проблему как для пациента так и для врача-эндоскописта. Для улучшения диагностики этого грозного осложнения врач, выполняющий диагностическое эндоскопическое исследование, должен четко представлять возможные клинические проявления перфорации и уделять внимание самым малым признакам дискомфорта пациента после исследования.

erbe
power your performance.



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

Barrx™ Flex Радиочастотный генератор Проще. Быстрее. Умнее.

The Barrx™ Flex РЧ Генератор может быть использован с циркулярным баллонным или фокальным катетером



Barrx™ 360 баллонный катетер



Barrx™ 90 фокальный катетер



Barrx™ Flex
Генератор: 1190A-230A

ПРОЩЕ

- Плавное переключение между циркулярными и локальными режимами терапии.
- Интуитивная оценка размеров обеспечивает улучшенное дифференцирование между пищеводом и желудком.

БЫСТРЕЕ

- Быстрое подключение выводного кабеля.
- Быстрое измерение и короткое время перезарядки между абляциями сокращает время процедуры.

УМНЕЕ

- Автоматически рекомендует размер абляционного катетера.
- Понятный интерфейс с возможностью отследить и вывести на экран общее число абляций.
- Автоматически устанавливает соответствующие катетеру настройки мощности.
- Платформа для будущих клинических и технических инноваций.

COVIDIEN, COVIDIEN с логотипом, логотип Covidien и positive results for life являются зарегистрированными торговыми марками Корпорации «Ковидиен». Прочие бренды являются торговыми марками Корпорации «Ковидиен» © 2013 Covidien.

РОССИЙСКОЕ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО



актуальные вопросы
Эндоскопии
Санкт-Петербург

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

VII ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«Актуальные вопросы эндоскопии 2016»

НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ ЭНДОСКОПИИ



www.fujifilm.ru

Эндоскопия

ЭНДОСКОПИЯ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ ПРОЦЕССОР FUJIFILM EPX-4450HD



Процессор Fujifilm EPX-450HD - ключевой компонент видеоэндоскопических систем Fujifilm. В процессоре EPX-4450HD объединено все самое лучшее, что было реализовано в предыдущих моделях, а возможности системы расширены за счет появления новых уникальных функций.

Режим одновременного отображения (Dual Mode) на экране обычных эндоскопических изображений и изображе-

ний в режиме FICE дает возможность получить наиболее полное представление о патологических изменениях в реальном времени, а новый интерфейс облегчает рутинную работу с системой.

При сохранении неподвижных изображений система автоматически отбирает самый четкий и информативный кадр для сохранения на карте памяти и документирования.

ЗАО «ФУДЖИФИЛЬМ-РО»

Россия, 123290, Москва, 1-й Магистральный тупик, д. 5А
тел. +7 (495)797-35-12, факс +7 (495) 797-35-13

FUJIFILM

Язвенная болезнь. Интересный случай из практики

Анохин И. В., врач-эндоскопист, медцентр «Евгения»

**Мурадян А. К., зав. эндоскопическим отделением, Амурская областная клиническая больница
г. Благовещенск**

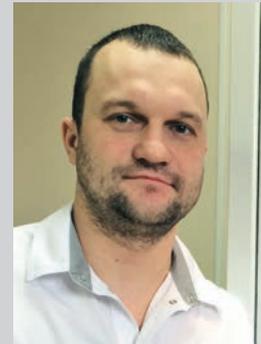
Больной С., 51 год, житель города Благовещенска, из анамнеза — более 20 лет страдает язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, с частыми рецидивами (более 2 раз в год), неоднократно проходил стационарное лечение в гастроэнтерологическом отделении городской больницы. В 2002 году при очередном рецидиве произошло осложнение язвенной болезни в виде пенетрации язвы пилорического отдела желудка в гастро-дуоденальную связку, желчный пузырь и головку поджелудочной железы; декомпенсированный стеноз привратника; желудочно — кишечное кровотечение. В экстренном порядке в городской клинической больнице выполнена операция — резекция 2 / 3 желудка по Бильрот 2. Послеоперационный период без особенностей. После операции количество рецидивов уменьшилось до 1 раза в 2–3 года, язвы возникали в области анастомоза и в отводящей кишке, без осложнений, проходил амбулаторное лечение. С начала осени 2015 года ухудшение общего состояния, похудение, наличие непереваренной пищи в кале, зловонный запах изо рта; сильных болей, характерных для обострения язвенной болезни не отмечал. Самостоятельно принимал противоязвенные препараты (омепразол), без улучшения. В декабре 2015 года обратился в поликлинику к гастроэнтерологу, был направлен на фиброгастродуоденоскопию.

При исследовании: пищевод не изменен, культя желудка средних размеров,

анастомоз свободно проходим, слизистая его умеренно гиперемирована, приводящая кишка без патологии, в просвете желчь, в отводящей кишке, сразу за анастомозом имеется свищевое отверстие примерно 2,0 см в диаметре, через него аппарат заведен в толстую кишку — характерная складчатость, наличие гаустр, характерное содержимое — признаки поперечно-ободочной кишки, при активной инсуффляции воздуха — срыгивание его с характерным запахом кала. Заподозрен сформировавшийся свищ между тонкой и толстой кишкой.

В плане дообследования больному назначена рентгеноскопия желудка. При рентгеноскопии затеков контраста, свищей не выявлено.

Решено выполнить консилионную фиброгастродуоденоскопию с участием врачей — эндоскопистов, хирургов. При консилионном осмотре эндоскопическая картина соответствует описанной при первичном исследовании, сделано заключение — вероятно имел место рецидив язвенной болезни с пенетрацией в поперечно-ободочную кишку и образованием свища, не осложненный перитонитом. Рекомендовано оперативное лечение в отсроченном порядке. В январе 2016 года больной госпитализирован в хирургическое отделение Амурской областной клинической больницы, выполнена операция — ререзекция желудка по Ру с резекцией поперечно — ободочной кишки. На 12 сутки выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендациями.



Анохин И. В.



Мурадян А. К.

К проблеме желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) В. С. Савельев или Forrest?

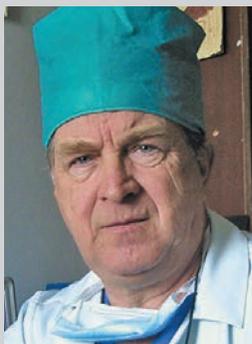
¹Балалыкин А.С., ²Курдо С.А., ⁴Бирюков А.Ю., ²Гвоздик В.В., ³Муцуров Х.С., ¹Вербовский А.Н., ⁴Овсянников В.Н.

¹Филиал 3 ЦВКГ им. А. А. Вишневого, г. Москва

²ЦРБ, г. Реутов

³Хирургическая клиника университета, г. Грозный

⁴ЦРБ, г. Химки



Балалыкин А.С.



Курдо С.А.



Вербовский А.Н.

Актуальность

Почти 50 лет в России при одной из серьезных проблем неотложной хирургии — желудочно-кишечных кровотечениях применяется эндоскопия, однако, и широкие диагностические и, особенно, лечебные возможности по разным причинам используются недостаточно и требуют популяризации.

Материалы и методы

Неотложная проксимальная и дистальная эндоскопия при ЖКК нами внедрена в клиническую практику в клинике В.С. Савельева в 1970 г., а первые результаты о 120 исследованиях в 1971 г. на московском хирургическом обществе как содоклад к сообщению В.И. Стручкова с соавт. Члены сообщества молчаливо (с недоверием) восприняли мнение докладчиков об эффективности метода в диагностике и выборе рациональной тактики лечения больных, выступивший в прениях Ю.Е. Березов — отрицательно, а председательствующий А.А. Вишневский предложил накапливать опыт и пожелал успехов.

Накапливаемый опыт, изложенный в сообщениях в 1973–1975 гг., диссертационной работе А.В. Вахидова (1975) и монографии «Эндоскопия органов брюшной полости» (1977) позволил дать оценку эндоскопии при ЖКК.

I. К методике исследования.

1. Никаких предварительных вмешательств — ни зондирования, ни промывания желудка. Они лишь могут либо подтвердить факт недавнего кровотечения, либо продолжающегося кровотечения, с известными ошибками.

Очевиден и вред от них — травма слизистой оболочки, подслизистые кровоизлияния и т.д. при отсутствии других более серьезных причин могут привести к неправильным выводам.

2. Промывание желудка показано при неудаче эндоскопического исследо-

вания из-за технических причин — много крови и сгустков. Промывание без аспирации, промывные воды должны исходить самотеком. При промывании может быть допущена ошибка — введение жидкости без проблем, а оттекает меньшее ее количество, из-за создания сгустками крови одностороннего клапана. Следить за количеством оттекаемой жидкости — важное правило.

3. Полнота и качество обследования обеспечиваются изменением положения стола и больного на столе, прицельным отмыванием подозрительных участков слизистой оболочки, ретрофлексией и т.д.

4. Эндоскопическое диагностическое исследование по показаниям должно перейти в лечебное (цели разные).

5. Зондирование желудка иди лучше, дуоденум — обязательное завершение эндоскопии при обнаружении источника кровотечения (или неудаче его).

II. Неотложная эндоскопия открыла широкие возможности диагностики причины кровотечений — эффективность — 83–98%, диагноз не установлен — 2–17%, ошибки — 1–4%. Такова картина диагностики в первые сутки с момента поступления больных (в сериях 385, 684, 795 больных в 70–80 годы).

III. Неотложная эндоскопия изменила характер причин кровотечений, если по Юдину и Спасокукотскому у большинства пациентов это была язва, то теперь острые эрозивно-язвенные поражения отмечены у 30%, синдром Меллори-Вейса — до 6%, варикозное расширение вен — до 4%, т.е. отмечено до 40% неязвенных кровотечений, что, несомненно, определяет трудности выбора рациональной тактики ведения больных и вида лечения.

IV. Эндоскопическая семиотика открыла перспективы определять тактику

лечения больных: характер и объем операции хирургической; цель и виды эндоскопических вмешательств, котриеразнообразн (А. С. Балалыкин, А. В. Вахидов, 1973; В. С. Савельев с с., 1975).

Мы приняли сначала следующую классификацию: I группа — больные (16.8%) с продолжающимся кровотечением (профузным, умеренным, слабым); II группа (28% больных) — кровотечения нет, но есть угроза рецидива; III — кровотечения нет, и нет угрозы его рецидива (5%); IV — источник кровотечения в верхних отделах ЖКТ исключен (до 5%).

Учитывая, что в хирургических отделениях всех учреждений РФ поступают (госпитализируют все вид врачей) больные «с подозрением» на ЖКК и хирурги не могут объективно отказать в госпитализации мы изменили классификацию и на первое место поставили больных, у которых либо нет источника кровотечения, либо он есть, но нет никакой угрозы его рецидива. Этих больных мы сразу переводили в терапию и другие отделения.

V. О тактике. С позиции этих классификаций рецидивы кровотечений были у 19.6% в группе больных с продолжающимся кровотечением и 15.5% — в группе с угрозой рецидива.

Исключение экстренных операций при продолжающихся язвенных кровотечениях, а проведение их при рецидивах приводит к плохим результатам — летальность до 60%, а эрозивно-язвенном гастродуодените — до 90–100%.

VI. Лечебная эндоскопия — великое достижение современной хирургии. Ее цели: 1- остановка и профи-

лактика кровотечений; 2- ускорение процессов заживления поврежденной слизистой оболочки.

Средств лечебной эндоскопии множество: неконтактные метод (аргон, лазер), механические (клипсы), инъекционные и пленкообразующие средства, но оснащенность эффективным оборудованием плохая. Остановить можно любое кровотечение — необходимы средства, опыт бригады и время.

У эндоскопистов одно оружие всегда под рукой — электрокоагулятор, но методика мало эффективна при кровотечениях из артериальных сосудов, неудачи и рецидивы — до 50–70%.

Недостаток эндоскопии больших лечебных учреждений — диагностическая направленность.

Резюме

1. Эндоскопия — высокоэффективный метод диагностики причин желудочно-кишечных кровотечений.
2. Эндоскопическая классификация — основа строгой и последовательной тактики ведения больных: при невозможности применения и неудачах лечебной эндоскопии, в зависимости от заболеваний показана экстренная хирургическая операция, направленная на остановку кровотечения и спасение жизни больного.
3. Лечебная эндоскопия имеет широкие возможности, но должна включать эффективные методы и преследовать разные цели, как метода неотложной помощи, так и планового лечения больного.

Литература

В. С. Савельев, В. М. Буянов, А. С. Балалыкин. Эндоскопия органов брюшной полости. М. «Медицина», 1977. С. 75–84

Историческая роль эндоскопической петельной электроэксцизии и перспективы эндоскопии в решении проблемы рака желудочно-кишечного тракта

Балалыкин А. С., Гвоздик В. В., Вербовский А. Н.

Центральная городская клиническая больница

г. Реутов

Актуальность

Ранняя диагностика рака желудочно-кишечного тракта и выбор рациональной тактики лечения — всемирная медицинская проблема. Создание в 70-е годы XX века эндоскопического оборудования и ряда диагностических методик открыло перспективы коренных изменений, способствующих благополучному решению этой проблемы, особенно, связанной с возможностью оперативного удаления больших (до 2 см) участков слизистой оболочки органа и его исследованиями.

С тех пор прошло более 40 лет. Как далеко продвинулась наука и практика в лечении онкологических заболеваний, как используются новейшие достижения? Насколько эффективна работа системы здравоохранения в решении самой серьезной не только медицинской, но и социальной проблемы?

Результаты

Первая в СССР полипэктомия из желудка (Балалыкин А. С., 1972) и толстой кишки (Корнилов Ю. М., 1973) обозначила новое историческое направление в онкологии — морфологическим исследованиям стали подвергаться все или большая часть новообразований. Обнаружение в большинстве случаев новообразований и неоперативное прижизненное определение их гистологической структуры — первое диагностическое значение этой операции.

Негативной стороной внедрения новой методики явилось ее стационарное применение у пациентов с клинической симптоматикой. Профилактическое направление имело место лишь в системе 4-го Управления, сотрудники которого подвергались обязательным плановым регулярным госпитализациям и амбулаторным обследованиям. Благодаря этой системе были решены и подняты для обсуждения лишь научные вопросы, в частности морфогенез рака желудочно-кишечного тракта.

Изучение удаленных новообразований на разных стадиях развития позволило создать классификацию ранних форм рака, что стало благодаря эндоскопии завоеванием в онкологии. Савельевская группа (Ю. М. Корнилов, Н. В. Елисова, Г. В. Овсянникова, Н. А. Лукаш, Г. В. Архипова) в своих диссертационных работах раскрыла эти два значения эндоскопии 70-х годов. Ее поддерживали школы В. Д. Федорова, Ю. М. Панцырева, В. С. Савельева (Буянов В. М., Галлингер Ю. И., Стрекаловский В. П.).

Однако, новый эффективный метод диагностики не получил звания профилактического, так как со временем профилактические осмотры, и без того не столь распространенные, вовсе исчезли, погибли вместе с СССР.

Мне в 1984–1986 годы с племянником В. Д. Балалыкиным посчастливилось проводить профосмотры в Сургуте, Нижневартовске, Уренгое и др. городах России. За 12–14 дней мы осмотрели около тысячи (1000.0) пациентов в медпунктах. «Рекордом» стало обследование за рабочий день (09:00–14:30) 114 человек на Сургутской ГРС одним эндоскопом (в нарушение всех и всяческих правил!). Результаты осмотров: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — 19–25%, новообразования — 4.6%, рак — 0.2–0.5%, атрофический гастрит — 21–28% в разных сериях. Организация процесса обследования позволила выполнить не только большое количество исследований, но и качественно улучшить их за счет проведения хромокопии, биопсии и полипэктомии.

Третье важное значение операции полипэктомии — обоснование ее как метода лечения ранних форм рака. Коллективом Ю. М. Корнилова и хирургов 4-го управления А. И. Алтунина. При получении в гистологических препаратах информации о раке не знали, что делать дальше с больными: оперировать или наблюдать.

Анализ 54 хирургических операций показал, что при полипоидном раке без прорастания мышечной оболочки метастазы обнаружены только у 2-х больных. Так для нас был решен вопрос: эндоскопическая полипэктомия может быть методом лечения раннего рака I–II...

В. С. Савельев на съезде онкологов в Ростове в 1974 году отказал нам в публикации тезисов о правомочности эндоскопической полипэктомии при раннем раке желудка, но добро на диссертацию по этой теме дал.

В 70-е годы тема эндохирургии полипоидных образований широко обсуждалась в научных кругах и стала обычной операцией у эндоскопистов России, но, к сожалению, для большинства хирургов осталась диагностической.

В эти же годы, включая восьмидесятые, сложилась четкая концепция — диагностика ранних форм рака желудочно-кишечного тракта должна сочетать эндоскопию, хромокопию и электроэксцизию слизистой оболочки с новообразованием.

Новым в диагностике ранних форм рака явилось внедрение в клинику ЭндоУзи, а в течение операции — резекция слизистой оболочки и диссекция в подслизистом слое (особенно язвенных поражений с площадью поражения более 2-х см) (Агапов М.Ю., Кашин С.В., Королев М.П., Федоров Е.Д. и с соавт.). Введение в подслизистый слой растворов для увеличения высоты очага инфильтративно-язвенных поражений и достижения успеха в набрасывании диатермической петли мы производили по показаниям и ранее. Но изменение технических принципов проведения операции обеспечило удаление (препаровку) измененной слизистой оболочки при ее изъязвлении с площадью поражения более 2 см. Мы, имея даже небольшой опыт операций (5), приветствуем это новое направление.

Внедрение новой эндоскопической техники, увеличительной хромоэндоскопии, увеличительной эндоскопии, расширенной (до 6–10 фрагментов) биопсии открыло неизмеримые возможности решения проблемы рака желудочно-кишечного тракта путем ранней диагностики предраковых состояний. Воспримут ли организаторы онкологической службы в России «Ре-

комендации инициативной группы российского эндоскопического общества (М.П. Королев, А.М. Нечипай, С.В. Кашин, 2014) и как отреагируют на них? Всем понятно, что успех в решении этой проблемы обеспечат только массовые обследования в организованных коллективах и амбулаторной практике с помощью современного оборудования. Врачи об этом могут только мечтать!

Резюме

Операция эндоскопическая полипэктомия является исторической вехой, открывшей перспективы ранней диагностики рака желудочно-кишечного тракта. Изучение вопросов канцерогенеза, перспектив нетрадиционного метода (хромоэндоскопия, узкоспектральная эндоскопия, множественная биопсия), внедрение новых технических принципов эндоскопических операций (резекция и диссекция в подслизистом слое), с одной стороны, и амбулаторно-поликлиническая направленность применения эндоскопии (профилактические осмотры), с другой стороны,— новый этап в решении онкологических проблем.

Углубленные дефекты слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки у пациентов с клиническими проявлениями диспепсии в разных возрастных группах

Белявская С. В., к.м.н., зав. эндоскопическим отделением
Мараховский К. Ю., к.м.н., зав. диагностического отдела
ГУ «Республиканский научно-практический центр детской хирургии»

Жарская О. М., к.м.н., ассистент кафедры гастроэнтерологии и нутрициологии
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

г. Минск, Беларусь



Белявская С. В.

Современной тенденцией развития медицины является доказательный подход к диагностике и лечению заболеваний. Планируемые в отношении пациента мероприятия должны строиться с учетом их эффективности, стоимости, особенностей клинической и эпидемиологической ситуации. В настоящее время для дифференцировки диспепсии на органическую и функциональную используются инструментальные методы исследования. Вопрос о проведении эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) при диспепсии (кому? и когда?) является предметом многочисленных дискуссий специалистов и важным экономическим аспектом. Необходимость назначения верхней эндоскопии пациентам с диспепсическими жалобами разными авторами и в различных клинических ситуациях решается по-разному. На этапе первичной медицинской помощи существуют четыре основные стратегии ведения пациентов с диспепсией: эмпирическое лечение (*empiric treatment*), немедленная эндоскопия (*prompt endoscopy*), «тестировать и делать эндоскопию» («*test-and-score*») и «тестировать и лечить» («*test-and-treat*») [1]. Многими исследователями рекомендуется подвергать эндоскопическому и ультразвуковому обследованию всех пациентов. Эндоскопия обеспечивает возможность раннего выявления структурной патологии, своевременного разграничения органической диспепсии от функциональной. И хотя малигнизация присутствует у 1–3% пациентов с диспепсией, а пептическая язва в 5–15% случаев, без проведения ЭГДС для верификации таких диагнозов не обойтись. Однако, учитывая широкую распространенность диспепсии и высокие финансовые затраты на эндоскопию, некоторые исследователи считают нецелесообраз-

ным проводить ЭГДС во всех случаях диспепсии.

Эта проблема особенно актуальна и в педиатрии. Несмотря на десятилетия клинических исследований в этом направлении, существующие подходы к ведению детей с синдромом диспепсии недостаточно эффективны. Отраслевые стандарты обследования и лечения детей с патологией органов пищеварения в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях [2] предписывают в качестве обязательных мероприятий ЭГДС с биопсией при обследовании детей с диспепсией. Оставляя в стороне экономические и деонтологические аспекты таких схем обследования, которые должны назначаться 16–25% детского населения, применение единых стандартов обследования в отношении всех демографических и клинических групп, по мнению некоторых авторов, препятствует целенаправленному выявлению заболеваний, составляющих группу органической диспепсии [3,4,5].

Цель работы

Оценить степень сопряженности углубленных дефектов слизистой оболочки (СО) двенадцатиперстной кишки (ДПК) с клиническими проявлениями диспепсии в разных возрастных группах среди населения Республики Беларусь.

Материалы и методы

441 пациентам (220 детей и 221 взрослых) с 2009 по 2012 гг. проведено анкетирование на предмет наличия, клинического проявления диспепсии и ЭГДС с использованием видеоэндоскопического оборудования фирмы Olympus GIF — Q150, Q160Z и GIF-H180. В исследование не включались беременные женщины. У всех пациентов была выполнена биоп-

Рис. 1. Рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК (слева), желудочная метаплазия луковицы ДПК (справа) при узкоспектральной зоом-эндоскопии

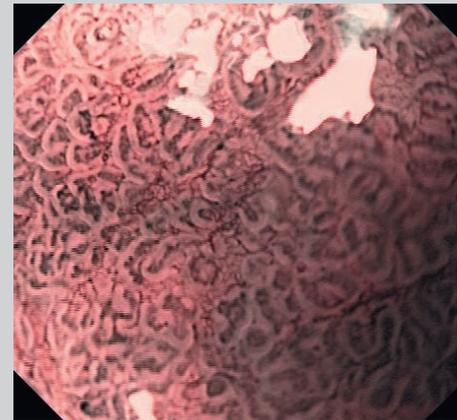
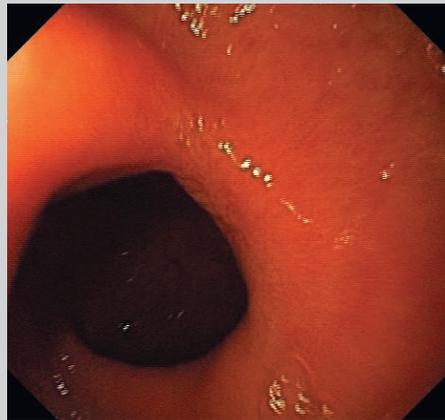
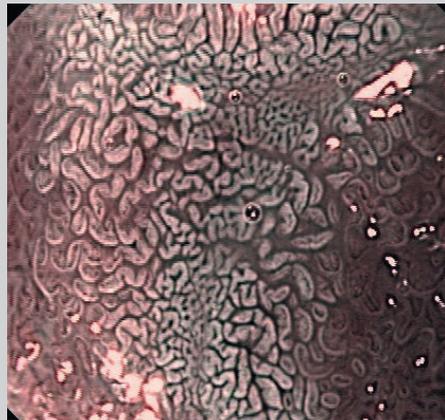


Рис. 2. Очаговая атрофия, разрежение ворсинок в луковице ДПК у пациентки с кислотоассоциированным дуоденитом при узкоспектральной зоом-эндоскопии



Как видно на рис. 1 и 2, узкоспектральная эндоскопия с увеличением дает возможность визуализировать желудочную метаплазию, очаговую атрофию, разрежение ворсинок в луковице ДПК, наблюдаемые при кислотоассоциированном дуодените и дефектах СО ДПК

сия из ДПК и желудка. В детской группе было осмотрено 94 мальчика, что составило 42,7% (95% ДИ 36,1–49,5%) и 126 девочек — 57,3% (95% ДИ 50,5–63,9%). Из общего числа взрослых мужчин было осмотрено 71/221, 32,1% (95% ДИ 25,1–37,7%), женщин — 150/221, 67,9% (95% ДИ 61,3–74,0%). Пациенты в детской и взрослой возрастных группах не отличались по возрасту в зависимости от пола, $p \geq 0,05$ (таблицы 1, 2).

Результаты

Из 220 детей основную группу составили 160 пациентов с клиническими проявлениями диспепсии, из которых у 13 отмечались дефекты СО ДПК. Из 221 взрослых диспепсия отмечалась у 186 пациентов, из которых у 37 отмечались дефекты (эрозии, язвы) СО ДПК. Контрольную группу «не диспепсия» составили 60 детей, из которых у 8 отмечались дефекты СО ДПК, и 35 взрослых с дефектами СО ДПК у 7 соответственно. Дефекты СО локализовались преимущественно в луковице ДПК, хотя у 2 детей с диспепсией (15,4% (95% ДИ 1,9–45,5%)) и у 2 взрослых (по одному случаю в основной 2,7% (95% ДИ 0,1–14,2%) и контрольной группе 14,3% (95% ДИ 0,4–57,9%)) отмечались эрозии в постбульбарном отделе.

Отсутствовали статистически значимые различия ($p = 0,002$) по частоте дефектов СО ДПК в основных группах: 13/160 (8,1% 95%ДИ 4,4–13,5%) у детей и 37/186 (19,9% 95%ДИ 14,4–26,4%) у взрослых. В контрольных группах детей и взрослых различий по частоте данного параметра также не было выявлено: 8/60 13,3% (95%ДИ 5,9–24,6) и 7/35 20% (95%ДИ 8,4–37,0) соответственно, $p = 0,398$.

У взрослых основной и контрольной групп среди изменений слизистой оболочки ДПК одинаково часто определялись дефекты СО 37/186 19,9% (95% ДИ 14,4–26,4%) и 7/35 20% (95% ДИ 8,4–37,0%), $p = 0,302$. У детей основной и контрольной групп также одинаково часто определялись дефекты СО ДПК: 13/160 (8,1% 95%ДИ 4,4–13,5%) и 8/60 13,3% (95%ДИ 5,9–24,6), $p = 1,000$. Таким образом, частота выявления углубленных дефектов СО ДПК не зависела от наличия симптомов диспепсии, как у детей, так и у взрослых.

Применение технологии узкоспектральной видеодуоденоскопии с увеличением позволяла выявлять у детей и взрослых с углубленными дефектами СО ДПК, такие изменения дуоденальной СО как желудочная метаплазия, а также уменьшение числа ворсинок и их высоты.

Таблица 1. Характеристика обследованных детей по полу и возрасту

Дети	N (%)	Характеристики возраста, лет					
		М	Ме	ДИ 95% Ме	ВК-НК	Мин-Макс	р
Всего	220 (100)	11,8	12,0	12,0–13,0	9,0–15,0	5,0–17,0	0,73
Мальчики	94 (42,7)	11,3	12,0	11,0–13,0	8,0–14,0	5,0–17,0	
Девочки	126 (57,3)	12,2	12,0	12,0–14,0	9,0–15,0	5,0–17,0	

Таблица 2. Характеристика взрослых пациентов по полу и возрасту

Взрослые	N (%)	Характеристики возраста, годы					
		М	Ме	ДИ 95% Ме	ВК-НК	Мин-Макс	р
Всего	221 (100)	37,9	37,0	35,0–38,6	29,0–47,0	18,0–59,0	0,91
Мужчины	71 (32,1)	37,9	37,0	35,0–41,0	29,0–48,0	19,0–59,0	
Женщины	150 (67,9)	38,0	37,0	34,5–39,0	29,0–47,0	18,0–59,0	

Самым частым диспепсическим симптомом при эндоскопически нормальной СО ДПК и при имеющихся изменениях СО ДПК была эпигастральная боль, отмечалась у 66% детей (95% ДИ 55,5–75,5%) и 57,6% (95% ДИ 44,8–69,6%). В отличие от детей эпигастральная боль у взрослых была самым частым диспепсическим симптомом только при имеющихся изменениях СО ДПК, отмечалась у 34,5% пациентов (95% ДИ 25,9–43,9%). Среди эндоскопических изменений СО ДПК у взрослых с дефектами эпигастральная боль беспокоила чаще, чем остальные симптомы 45,9% (95% ДИ 29,4–63,0%).

По каждому диспепсическому симптому анализировалась степень взаимосвязи его с эндоскопическими изменениями СО ДПК, сравнивая детей и взрослых. Для анализа использован метод подсчета отношения шансов (ОШ) для дихотомических данных. Была выявлена достоверная ассоциация эндоскопических изменений СО ДПК с определенными клиническими факторами (диспепсическими симптомами) у детей и у взрослых. Такие эндоскопические изменения СО ДПК, как дефекты (эрозии, язвы) ДПК ассоциированы с определенными диспепсическими симптомами: у взрослых — это эпигастральная боль, а у детей — дискомфорт в эпигастрии. Степень сопряженности данных эндоскопических изменений СО ДПК и клинической манифестации диспепсии в виде дискомфорта в эпигастрии у детей со-

ставляет 5,0 и эпигастральной боли у взрослых — 2,2. Болевые ощущения у детей, хотя и отмечаются чаще, чем у взрослых, не имеют достоверного предикторного значения по отношению к углубленным повреждениям СО ДПК (эрозии, язвы).

Заключение

В настоящее время эндоскопическое исследование — основной диагностический метод верификации нормы и патологии ДПК, проведение которого показано пациентам разных возрастных групп с синдромом диспепсии и без него. Значения прогностичности симптомов позволяют усовершенствовать подходы при планировании ЭГДС. У детей такая диспепсическая жалоба, как дискомфорт в эпигастрии повышает шансы обнаружения дефектов СО ДПК в 5 раз, а у взрослых эпигастральная боль увеличивает шанс выявления эрозий и язв ДПК в 2 раза.

Применение технологии узкоспектральной видео-дуоденоскопии с увеличением улучшает диагностику заболеваний, позволяя оценивать микрорельеф и капиллярный рисунок СО ДПК, расширяет возможности верификации таких изменений, выявляемых у детей и взрослых с углубленными дефектами СО ДПК, как желудочная метаплазия, а также уменьшение числа дуоденальных ворсинок и их высоты.

Литература

1. Arents, N.L.A. A rational approach to uninvestigated dyspepsia in primary care: review of the literature / N.L.A. Arents, J.C. Thijs, J.H. Kleibeuker // *Postgrad. Med. J.* — 2002. — Vol. 78, № 926. — P. 707–716.
2. Отраслевые стандарты обследования и лечения детей с патологией органов пищеварения в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 30.09.2003 г. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь. — Минск, 2003. — 66 с.
3. Печкуров, Д. В. Синдром диспепсии у детей / Д. В. Печкуров, П. Л. Щербаков, Т. И. Каганова. — М.: Медпрактика-М, 2007. — 144 с.
4. Valle, P. S. Do young dyspeptic patients consider upper gastro-intestinal endoscopy useful? / P. S. Valle, R. K. Breckan, O. Kildahl-Andersen // *Hepatogastroenterology*. — 2010. — Vol. 57, № 102/103. — P. 1164–1169.
5. Blank, C. Pediatric gastric and duodenal disorders / C. Blank, M. Sabri, C. Di Lorenzo // *Curr. Opin. Gastroenterol.* — 2004. — Vol. 20, № 6. — P. 551–555.



Профилактика кровотечений при эндоскопической резекции слизистой с применением аргоноплазменной коагуляции (АРС)

Бочкова Т. В.

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет,
кафедра онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии ИПО
г. Уфа

В статье рассматриваются возможности профилактики кровотечений при эндоскопической резекции слизистой желудка в пределах подслизистого слоя с применением аргоноплазменной коагуляции (АРС). При анализе осложнений установлено, что частота кровотечений резко снижается после удаления полипов более 2,1 см. Разработанный метод показал, что аргоноплазменная коагуляция (АРС) может применяться при лечении полипов и раннего рака желудка (РРЖ).

Введение

В последние годы повсеместно отмечается рост количества пациентов с патологией органов пищеварения, в структуре которых значительное место занимают предопухольные заболевания желудка (12%). Среди них полипы желудка выявляются у 10% данной группы больных, что составляет 3% от всех новообразований желудка. Только при эндоскопическом исследовании полипы обнаруживаются в 1,4–6,6% случаев. Достаточно высокая частота данной патологии и высокий риск злокачественной трансформации первоначально доброкачественной опухоли делает актуальной разработку и применение новых методов диагностики и лечения полипов желудка.

В настоящее время наиболее распространенными методами эндоскопического лечения больных с полипами и РРЖ являются:

- петлевая электроэксцизия;
- эндоскопическая резекция слизистой оболочки желудка;
- эндоскопическая диссекция слизистой оболочки желудка в подслизистом слое.

Ряд авторов применяет аргоноплазменную коагуляцию ложа удаленного полипа и (или) окружающих тканей для снижения частоты рецидива полипа, кровотечения, а также с целью антибластики.

Кровотечение после удаления полипов возникает, по данным разных авторов, в 3,1–5,3% случаев. Частота перфорации достигает 0,7%. С целью снижения осложнений и улучшения результатов лечения могут быть применены сочетанные способы удаления полипов и РРЖ.

Одним из путей решения этой проблемы является внедрение в практику метода аргоноплазменной коагуляции (Argonplasma coagulation, или АРС). Этот новый способ коагуляции сочетает в себе преимущества известных методов высокочастотной хирургии и неодинового твердотельного лазера (Nd : YAG), не имея их недостатков. Его оригинальность заключается в том, что высокочастотная энергия бесконтактным способом переносится ионизированным аргоном (аргоновой плазмой) на ткань, что позволяет осуществить эффективную плоскую коагуляцию при контролируемой глубине проникновения. Метод относительно безопасен, частота осложнений не превышает 1,5%, а также обладает выраженным десикационным эффектом, приводящим к значительному уменьшению объема тканей, который в ряде случаев может превысить 50% [4]. В этой связи исследование возможностей нового, менее травматичного метода девитализации тканей, а также в сочетании с традиционными способами специализированного лечения, является актуальной задачей. Практическое применение АРС в «гибкой» эндоскопии стало возможным только после разработки специальных, гибких АРС зондов в 1992 г. При АРС бесконтактный способ применения рассчитан на рабочее расстояние от 2 до 10 мм. В отличие от метода лазерной аппликации АРС может производиться в любом направлении: ортоградно, латерально, радиально и «с поворотом за угол», так как распространение энергии происходит в данном методе не в соответствии с законами оптики,



Бочкова Т. В.

а зависит от напряженности создаваемого электрического поля. Бело-голубое свечение дуги обеспечивает возможность оптического контроля за процессом приложения энергии и точного нацеливания плазменной струи. Кроме того, сочетание бесконтактной аппликации и бокового энергоразряда позволяет осуществить быструю коагуляцию участков большой площади, что необходимо для надежной остановки диффузных кровотечений.

Цель исследования

Оценить эффективность применения аргоноплазменной коагуляции для профилактики кровотечения при эндоскопических методах лечения полипов и РРЖ.

Материалы и методы

Работа основана на клинико-статистическом анализе результатов эндоскопического лечения и динамического наблюдения 240 пациентов с полипами и 17 РРЖ, всего 257 пациентов на базе Республиканского клинического онкологического диспансера г. Уфы. В исследование включено 208 больных с эпителиальными опухолями желудка, оперируемых с помощью эндоскопических методов. В зависимости от характера заболевания они разделены на две основные группы.

В первой группе А (основной) было 123 с полипами и РРЖ. В этой группе больных профилактика кровотечения проводилась с применением APC.

Группа В-группа сравнения представлено 85 пациентов, которым лечение проведено традиционными эндоскопическим способом с применением электропетли, без APC.

Группа В была разделена на две подгруппы. В подгруппу В1 вошли 68 пациентов после ЭПЭ, без APC, при осложнении выполнялась лапаротомия.

В подгруппу В2 вошли 17 больных РРЖ, которым лечение проведено эндоскопическими способами — выполнялась эндоскопическая подслизистая диссекция с предварительным введением в подслизистый слой раствора этамзилата с адреналином.

Результаты и их обсуждение

В основную группу группы А вошли больные с полипами и ранним раком желудка, которым выполнены эндоскопические операции.

Средний возраст больных с доброкачественными новообразованиями желудка (полипами) составил 52,1 ± 2 года. У больных ранним раком желудка, средний возраст составил 71,2 ± 1,8 года, из них 139 женщин и 69 мужчин.

Чаще опухоли удалялись у пациентов в возрасте от 50 до 70 лет, всего в этом возрастном периоде удалено 143 (68,7%) эпителиальных опухоли желудка.

Основной нозологией в исследуемых группах были полипы (191–91,8%) и рак желудка первой стадии (17–8,2%).

Перед эндоскопическим вмешательством все пациенты подписали информированное согласие.

В основной группе А операция с профилактическим применением аргоноплазменной коагуляции выполнена у 123(60%). В этой группе интраоперационные кро-

вотечения возникли у 8(6,5%) больных, которые были у 6(7,5%) диффузные и у 2(25%) больного венозное. Резекция слизистой желудка без профилактики осложнений (контрольная группа В1) выполнена у 68(32,6%) пациентов. Увеличение числа кровотечений в этой группе напрямую зависит от увеличения диаметра резецируемой слизистой. При размерах опухоли более 2,0 см частота кровотечений значительно увеличивается, и в трех случаях для окончательного гемостаза были предприняты хирургические способы. Эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (контрольная группа — В2) выполнена у 17 больных. Все пациенты в этой группе получили лечение по поводу раннего рака желудка. Из них кровотечения возникли у 3(17,6%). В двух случаях пациенты в этой группе оперированы хирургическими способами по поводу возникшей после эндоскопической подслизистой диссекции перфорации стенки желудка.

При анализе типичных осложнений (кровотечения и перфорации) в клинических группах получена значимость различий по возникновению кровотечений при диаметре полипов более 2,1 см ($p < 0,001$). Доказано, что частота кровотечений резко снижается после применения аргоноплазменной коагуляции. В группах сравнения В1 и В2 отмечена прямая зависимость возникновения осложнений от увеличения основания удаляемой опухоли по сравнению с основной группой ($p < 0,001$).

При сравнении исследуемых трех групп получены следующие результаты: средняя продолжительность операции в основной группе А составила 20,8±3,24 (16–24) минут, тогда как в группе В1 клинического сравнения она была 31±15,43 (15–47) минут ($p < 0,001$) и В2 она была 180,3±90,21 (89–271) минут ($p < 0,001$). Интраоперационная кровопотеря в сравниваемой группе В1 составила 119±80,6 (20–200) мл и группе В2 550±400 (50–950) ($p < 0,001$). При лапаротомном доступе для устранения осложнений после резекции слизистой в группе В2 по дренажам кровопотеря составила 145,0±48,0 (97–193) мл, в группе А и В1 ее не было ($p < 0,001$).

Осложнения в виде перфорации желудка в послеоперационном периоде в контрольной группе В2 возникли у 2 (11,7%) больных. Наркотические анальгетики в основной группе не применялись. В группе В1 они использовались до 0,7±0,34 суток ($p < 0,01$), по сравнению с контролем в группе В2 до 1,4±0,6 суток ($p < 0,001$).

Летальных исходов в послеоперационном периоде у больных в основной и контрольной группах не было.

Сроки эпителизации слизистой желудка при резекции слизистой до 3,0 см в основной и контрольных группах не отличались и были 25,3±7,4 дней ($p < 0,1$).

Заключение

Таким образом, применение аргоноплазменной коагуляции при эндоскопической резекции слизистой приводит к минимизации риска кровотечения. Разработанный метод ведёт к уменьшению длительности операции, сроков пребывания больного в стационаре, поэтому, ЭРС с APC может применяться при лечении полипов и раннего рака желудка в прогностически неблагоприятных случаях.

Место повторных эндоскопий у больных с желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии

Гвоздев А. А., врач-эндоскопист, зав. отделением, Сотников А. А., врач-эндоскопист, Ржевский С. А., врач-эндоскопист, Плюта А. В., доц. зав. хирургическим отделением
ГБУЗ ЯО «КБ № 10»

Малашенко В. Н., проф., зав. кафедрой онкологии, Хорев А. Н., проф., зав. кафедрой факультетской хирургии, Углев Н. Н., доц., кафедра факультетской хирургии, ЯГМУ

Г. Ярославль

Актуальность

Язвенная болезнь (ЯБ) желудка (Ж) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) относится к наиболее частым заболеваниям, встречающимся у 5–15% (в среднем 7–10%) взрослого населения и занимающим второе место после ишемической болезни сердца, и не имеет тенденции к снижению [Лазебник Л. Б., Гусейнзаде М. Г., 2007]. Имеется четкая тенденция к увеличению частоты осложненных форм заболевания и летальности при них [Денисова Е. В., Назаров В. Е., 2011]. Кровотечение при ЯБ Ж и ДПК является одним из самых частых и опасных осложнений [Панцырев Ю. М. с соавт., 2003]. Летальность при язвенном кровотечении (ЯК) по данным разных авторов составляет от 10% до 15%. Эндоскопический гемостаз является основным методом лечения ЯК. Однако в существующих рекомендациях нет четкого указания, когда и кому следует выполнять контрольное эндоскопическое исследование после проведения гемостаза; имеющиеся показания — «подозрение на рецидив язвенного кровотечения по клинико-лабораторным данным» и «незавершенный гемостаз» являются достаточно размытыми. С другой стороны, отсутствует доказательная база о необходимости выполнения повторной эндоскопии в первые 24 часа после эндоскопического гемостаза.

Таким образом, значимость повторных эндоскопий спорна, но большинство хирургов предпочитает назначить гастроскопию после эндоскопического гемостаза, поскольку четких рекомендаций ни у хирургов, ни у эндоскопистов в настоящее время нет. В этой связи мы хотели бы поделиться собственным опытом лечения ЯК.

Материалы и методы

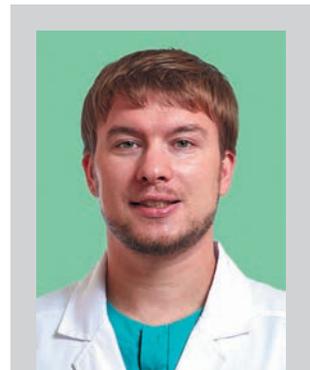
Ретроспективно изучены медицинские карты и истории болезни 152 па-

циентов, экстренно поступивших в ГБУЗ ЯО «Клиническая больница № 10» в период с 2010 г. по 2015 г. по поводу неварикозного кровотечения из верхних отделов ЖКТ язвенной этиологии. Мужчин было 80 (возраст 16–86 лет, средний 55,1 лет), женщин 71 (возраст 23–96 лет, средний 69,4 лет). Всем пациентам при поступлении после промывания желудка была выполнена экстренная ЭГДС с целью определения источника кровотечения и проведения гемостаза. Исследование проводилось на эндоскопической аппаратуре Olympus V-70 с использованием электрохирургического блока Olympus PSD-10.

По локализации источника кровотечения: язва (язвы) желудка выявлена в 80 (52%) случаях (антральный отдел 31% случаев, угол желудка — 10%, тело желудка — 56%, чаще всего в области верхней трети по задней стенке, кардия — 3%), язва (язвы) двенадцатиперстной кишки — в 72 (48%) случаях.

По размеру язвы варьировались от 0,6 см до 5 см (средний размер 1,7 см), при этом язвы размером до 1 см выявлены в 50% случаях, до 2 см — 30%, до 3 см — 13%, более 3 см — 7%. Оценка степени кровотечения и прогнозирования риска рецидива проводилась по классификации Forrest (1974): к числу изменений высокого риска были отнесены стадии IA-B и стадии IIA-B; к изменениям низкого риска — стадия IIC и стадия III.

Пациентам с кровотечением F IA-B и F IIA-B был проведен эндоскопический гемостаз в виде сочетания методов: инъекции (раствор адреналина в физиологическом растворе в разведении 1:10 000), термальные воздействия (контактные, такие как многополярная электрокоагуляция), механические воздействия (прежде всего эндоскопическое клипирование). В первые 24 часа после



Гвоздев А. А.

первичного гемостаза пациентам была выполнена повторная ЭГДС.

Результаты

При оценке степени кровотечения F IA-B был выявлен у 32 (21%) пациентов (размер язв варьировал от 1,0 см до 3,0 см, в среднем 1,7 см), F IIA у 79 (52%) пациентов (размер язв от 1,0 см до 5 см, в среднем 1,69 см), F IIB у 22 (14%) пациентов (размер язв от 1,0 см до 4,0 см, в среднем 1,65 см), F IIC у 19 (13%) пациентов (размер язв от 1,0 см до 5 см, в среднем 2 см). Эндоскопический гемостаз был эффективен у 129 (85%) пациентов: сочетание методик инъекции и электрокоагуляции проведено в 85% случаев, в 15% случаев дополнительно применялось клипирование либо краев язвы (при размере острой язвы менее 1,0 см), либо кровоточащего сосуда в дне язвы. После проведения эндоскопического лечения пациентам парентерально назначалась антисекреторная (блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, ингибиторы протонной помпы или их сочетание) и антибактериальная терапия. Гемотрансфузия потребовалась 32 пациентам.

Повторное исследование в пределах 24 часов после первичного гемостаза проведено всем 152 пациентам, при этом рецидив кровотечения в группе высокого риска отмечен у 36 (23%) пациентов, причем клинически рецидив проявился только у 11 пациентов. Повторный эндоскопический гемостаз был эффективен у 13 (36%) пациентов. В группе низкого риска рецидива кровотечения не выявлено. За время госпитализации в среднем каждому пациенту выполнено 3 эндоскопии верхних отделов ЖКТ, максимально 9.

В случае неэффективности эндоскопического гемостаза при рецидиве кровотечения, выявленного на контрольной эндоскопии, 23 пациентам (15% всех случаев) проведено хирургическое лечение. Из них 18 (78%) мужчин в возрасте от 17 до 74 лет и 5 (22%) женщин в возрасте от 52 до 96 лет.

Показанием к хирургическому лечению было продолжающееся кровотечение после повторного эндоскопического гемостаза, а также высокая угроза рецидива при наличии гигантской пенетрирующей язвы размером более 4 см. Выполнялись следующие хирургические приёмы: резекция 2/3 желудка по Бильрот-II в различной модификации — 21, клиновидная резекция желудка — 1, проксимальная резекция желудка с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу — 1. В одном случае потребовалась повторная операция по поводу острых гипоксических перфоративных язв культи желудка с развитием перитонита.

Всем пациентам в раннем послеоперационном периоде проводилась антисекреторная терапия блокаторами H₂-гистаминовых рецепторов, ингибиторами H⁺-K⁺-АТФазы или их сочетания, антибактериальная терапия включала препараты пенициллинового, цефалоспоринового ряда, а также фторхинолоны, 5-нитроимидазолы и макролиды; в трёх случаях назначались ванкомицин, амикацин и меропенем.

Летальность в группе прооперированных больных составила 26% (6 пациентов), при этом общая леталь-

ность — 3,9%. Достоверные различия в летальности ($p < 0,05$) мы получили, разделив прооперированных пациентов на две группы в зависимости от размера язв. В группу А вошло 13 пациентов с размерами язв более 2 см, из них умерло 5 человек, летальность в данной группе составила 38,5%. В группу Б вошло 10 пациентов с размерами язв менее 2 см, из них умер 1 пациент, летальность в данной группе составила 11,1%. Все погибшие пациенты имели тяжёлую сопутствующую патологию. Причиной смерти в 5 случаях явилась декомпенсация сопутствующей патологии, в одном случае смерть наступила вследствие тяжёлых осложнений основного заболевания с развитием перитонита и сепсиса.

Заключение

Эндоскопический гемостаз является высокоэффективным методом лечения язвенного кровотечения, по нашему опыту успешность составила 85%, при этом общая летальность — 3,9%. Однако послеоперационная летальность при хирургическом лечении значительно выше, и составила 26%. Больше половины (54%) поступивших пациентов с ЯК находились в возрастной группе старше 60 лет, при этом 86% пациентов имели тяжёлые сопутствующие заболевания. Эндоскопическая картина пациентов с ЯК в большинстве случаев представлена F IA-B и F IIA (суммарно 73%), что обусловило тяжесть общего состояния и кровопотери. По локализации кровоточащие язвы желудка чаще всего диагностированы в области тела желудка по малой кривизне и задней стенке (69%). Было отмечено ухудшение результатов лечения ЯК при размере язвенного поражения более 2 см.

По данным 4 зарубежных мета-анализов, посвященных «second look endoscopy», отмечено 8% снижение риска рецидива кровотечения при повторных эндоскопиях, но отсутствие влияния на количество хирургических операций и смертность. В отечественной периодической литературе повторным эндоскопическим исследованиям после гемостаза также посвящено всего лишь несколько статей. Так, по данным Ступина В.А. и соавт. (2011 г.), основными причинами повторных эндоскопий являются рецидивы кровотечения в ранние сроки после первичного гемостаза и нерезультативные исследования, но повторные эндоскопические исследования не оказывают значимого влияния на клинические результаты лечения язвенных кровотечений, частоту рецидивов, операционную активность, летальность.

В работе Imperiale T., Kong N., (2012) года было высказано предложение, что в эпоху высоких доз ингибиторов протонной помпы риск рецидива снижается значительно, и повторная эндоскопия без особых показаний (клиническое проявление кровотечения) не требуется.

По результатам нашего исследования повторная эндоскопия позволила снизить количество хирургических операций на 36%, и, поскольку летальность после хирургического лечения значительно выше, чем после эндоскопического, мы считаем выполнение повторных эндоскопий в первые 24 часа в группе высокого риска оправданными.

Литература

1. Ступин В. А., Силуянов С. В., Сохиян М. Б., Тронин Р. Ю., Сардаров Р. Ш., Повторные гастроскопии при угрозе рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв. РЖГГК, 2011, № 6, стр. 13–18
2. Дибиров М. Д., Гастродуоденальные кровотечения у лиц пожилого и старческого возраста. «Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология» 2013, № 1, с. 18–24
3. Барду М. Гральнек И. М. Баркун А. Н., Лечение острого язвенного кровотечения. Приложение РМЖ «Болезни Органов Пищеварения» 2009, № 2, стр. 86
4. Imperiale T., Kong N., Second-look endoscopy for bleeding peptic ulcer disease: a decision- and cost-effectiveness analysis. J Clin Gastroenterol. 2012 October; 46(9): e71–e75. doi:10.1097/MCG.0b013e3182410351.

Клинический случай: язвенное поражение желудка у ребенка 2,5 лет

Жигалова Е. Г., Шароглазов М. М., Ярусова Е. Н.
КГБУЗ Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства;

Панфилова В. Н.
ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ

г. Красноярск



Жигалова Е. Г.



Панфилова В. Н.

Язвенные поражения желудка, особенно осложненные кровотечением, нечасто регистрируются у детей. Представляем клинический случай острого верхнего ЖКТ-кровотечения у ребенка младшего возраста с выраженным язвенным поражением желудка

Аяна, 2 года 6 месяцев, соматически здорова. Заболела остро, 17.05.2014 г., когда появилась рвота «кофейной гущей», была экстренно госпитализирована в стационар по месту жительства, где по результатам ЭФГДС предположен рак тела желудка. Морфологическое заключение по биоптатам слизистой оболочки желудка: атрофия слизистой с выраженными грануляциями, выраженной васкуляризацией, диффузными инфильтратами.

После стабилизации состояния, нормализации гемограммы (Hb 126 г/л), 29.05.2014 г. девочка переведена в детское хирургическое отделение центра охраны материнства и детства. ЭФГС от 30.05.2014 г.: множественные язвы желудка. Рубцово-язвенная деформация желудка. Стеноз привратника? Образование антрального отдела желудка? (рис. 1, 2). Материал слизистой желудка отправлен на морфологическое исследование, которое не выявило достоверных данных за опухолевый процесс.

Рентгеноскопия желудка с контрастом от 30.05.2014 г.: эвакуации контраста из желудка нет, множественные дефекты наполнения слизистой желудка, деформация антрального отдела (рис. 3).

Учитывая непроходимость привратника желудка, с целью декомпрессии установлен назогастральный зонд. Назначено парентеральное питание, эзомепразол, антациды, обволакивающие средства, противорвотные, системная антибактериальная терапия. Клинически — состояние стабильное, показатели гемоглобина в динамике — 123–133 г/л.

Повторная ЭФГС выполнена 04.06.2014 г., отмечена отрицательная динамика: диффузное поражение слизистой желудка с множественными язвенными дефектами, фибринозными наложениями, опухолевидным образованием (?), декомпенсированный пилоростеноз, застойная гастропатия (рис. 4, 5).

Учитывая результат повторного эндоскопического исследования, с отрицательной динамикой слизистой желудка на фоне консервативной терапии, выраженными изменениями привратника, 09.06.2014 г. была проведена диагностическая лапаротомия, ревизия брюшной полости. Выявлена большая язва антрального отдела желудка диаметром около 2 см, рубцово-стенозирующая деформация пилорического отдела желудка, множественные эрозии антрального отдела. Наложена обходной гастроэюноанастомоз на отключенной кишке по Ру (рис. 6.).

Гистологическое исследование интраоперационного материала: макропрепарат представлен участком стенки желудка, определяется стенка желудка с наличием язвенного дефекта слизистой оболочки, распространяющегося до мышечного слоя с воспалительной полиморфно-клеточной инфильтрацией и пролиферацией эпителия собственной пластинки слизистой и образованием на поверхности нитей фибрина с примесью лейкоцитов. Заключение: морфологическая картина язвы желудка.

Через две недели после операции проведено контрольное эндоскопическое обследование (рис. 7, 8): заключение: состояние после наложения гастроэюноанастомоза по Ру, анастомозит, рубцовая деформация желудка.

Девочка выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдением педиатра по месту жительства.



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5

Контрольное обследование через 1,5 месяца после операции. Результат ЭФГС: состояние после наложения гастроэюноанастомоза по Ру, рубцовая деформация желудка (рис.9).

Верхняя эндоскопия через 7 месяцев после операции: значительная положительная динамика, рубцовая деформация существенно уменьшилась, зона анастомоза проходима, просвет достаточный, привратник не визуализируется (рис.10, 11).

За весь период лечения и наблюдения девочки были неоднократные попытки уточнить причину столь выраженного язвенного поражения желудка, похожего на химический ожог. Мать категорически отрицала употребление девочкой каких-либо химически агрессивных веществ. Однако, удалось узнать о некоторых особенностях питания ребенка: в течении года до момента начала ЖКТ-кровотечения девочка ежедневно съедала 2-3 сырые луковицы среднего размера (со слов мамы: «как яблоки»). В стационаре с мамой проведена разъяснительная беседа о правильном питании детей младшего возраста.

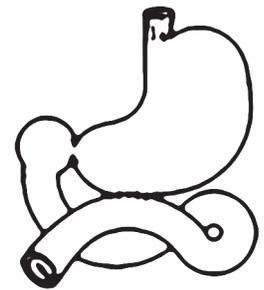


Рис. 6



Рис. 7

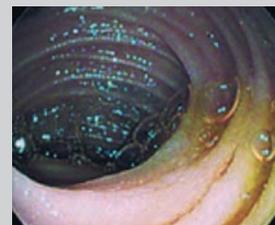


Рис. 8



Рис. 9



Рис. 10



Рис. 11

Осложнения язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки

Иванов А. В., зав отделением, Косолапов В. В, Чудаков А. В. врачи отделения эндоскопии

Благовещенская городская клиническая больница

г. Благовещенск

В настоящее время, время когда гастроскопия имеется в любой поликлинике и медцентре, а ингибиторы протонной помпы и H2 блокаторы в разном ценовом диапазоне доступны для большинства слоев населения. Язва желудка и 12 перстной кишки должна исчезнуть или стать крайне редко встречающимся заболеванием, однако этого не происходит.

По данным разных авторов язвенная болезнь осложняется кровотечением в 15–25% случаев, пенетрацией в 3–6%, перфорация в 5–10% случаев.

По данным нашей клиники за 2014–2015 г выявлено всего случаев язвенной болезни: желудка 779, язв 12 перстной кишки 657, из них: осложненными кровотечени-

ями 138 из язв желудка(17%), 108 из язв 12 п кишки(16%). Из них продолжающиеся F1a –b 38 случаев(27%).

Язв осложненных пенетрацией выявлено в 8 случаев язв желудка и 6 случаев язв 12 перстной кишки. Органы в которые пенетрировали язвы желудка: 5 — печень, 2 в тело п\ж железы, 1 в большой сальник.

Перфоративные язвы, выявленные при эндоскопическом исследовании, при отсутствии газа под куполом диафрагмы при рентгеноскопии брюшной полости. 4 случая, из них: 1 язва препилорического отдела желудка, 3 язвы луковицы 12 перстной кишки(в 2 случаях имела место прикрытая перфорация, 1 язва задней стенки с перфорацией в малый сальник).

Малигнизированная язва пилорического канала желудка (клинический случай)

Карпенко О. В., врач-терапевт кабинета превентивной гастроэнтерологии консультативной поликлиники

Сницаренко Е. Н., заведующая терапевтическим отделением консультативной поликлиники

Бредихина Е. В., врач-эндоскопист консультативной поликлиники

Жандаров М. Ю., врач-патологоанатом группы патологоанатомического исследования кабинета клеточных технологий

ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»

г. Гомель, Беларусь

Язвенная болезнь представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки, проникающего — в отличие от поверхностных повреждений слизистой оболочки (эрозий) — в подслизистый слой. Язвенная болезнь относится к числу широко распространенных заболеваний, встречающихся приблизительно у 10% населения.

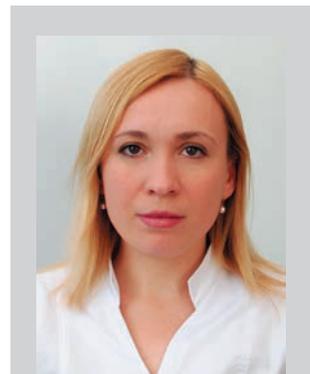
Язва желудка (*Ulcus gastrica*) и/или двенадцатиперстной кишки — локальный дефект тканей стенки желудка или двенадцатиперстной кишки, достигающий мышечного слоя, с перифокальными изменениями тканей воспалительного или деструктивного характера. В отличие от эрозии (поверхностного дефекта слизистой), язва заживает с образованием рубца. В большинстве случаев (85%) язвы бывают одиночными и реже (15%) множественными. Язвы двенадцатиперстной кишки встречаются в 4 раза чаще, чем язвы желудка. У лиц молодого возраста преобладают дуоденальные язвы — 16:1 (в возрасте старше 60 лет — 2:1).

Наряду с язвенной болезнью как самостоятельной нозологической формой в настоящее время принято выделять вторичные, симптоматические язвы и гастродуоденальные язвы, возникающие при воздействии известного этиологического фактора — стресса, нарушения местного и регионарного кровообращения, приема нестероидных противовоспалительных средств и др.

С современной точки зрения, патогенез язвенной болезни представляется как результат нарушения равновесия между факторами агрессии желудочно-

го сока и защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. В настоящее время установлено, что важнейшую роль в данном патогенезе играют микроорганизмы *Helicobacter pylori* (HP). В пользу этого является частое обнаружение HP при язвенной болезни (до 75% при язвах желудка и 95% при дуоденальных язвах); заживление язв после антихеликобактерной терапии; связь рецидива гастродуоденальных язв с сохранением HP. Но всю проблему этиологии язвенной болезни нельзя свести только к инфекции HP. Курение, алкоголь и некоторые лекарства (НПВС и кортикостероиды) увеличивают вероятность заболевания язвенной болезнью, главным образом, за счет ослабления защитного барьера слизистой. Образованию язвы способствуют частые и повторные стрессы, принадлежность к психологическому типу А. Имеют значение генетические особенности. Распространение болезни среди ближайших родственников больного выше, чем в популяции. Дуоденальная язва чаще встречается у лиц с 0 (I) группой крови.

В настоящее время наиболее информативным в диагностике язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки является эндоскопическое исследование, которое визуально подтверждает наличие язвенного дефекта, позволяет уточнить его локализацию, глубину, форму, размеры, позволяет оценить состояние дна и краев язвы, выявить сопутствующие изменения слизистой оболочки. При проведении эндоскопического исследования имеется возможность произвести прицельную биопсию, которая позволяет оценить характер изменений слизистой оболочки в крае язвы, в периульцерозной зоне и гарантирует точность диагноза на морфологическом уровне. Эндоскопи-



Карпенко О. В.



Сницаренко Е. Н.



Бредихина Е. В.

ческое исследование не только выявляет язвенный дефект, но и обеспечивает контроль за его заживлением, дает возможность проводить лечебные процедуры (остановка кровотечения, местное лечение язвы), а также некоторые функциональные пробы.

В двенадцатиперстной кишке одиночные язвы встречаются в 95 % случаев, а множественные — в 5 % случаев. Чаще всего встречается локализация язвы на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки (в 41,6 % случаев). При таком расположении язвы в основном наблюдаются типичные клинические симптомы. Наиболее характерным осложнением язвы луковицы двенадцатиперстной кишки является ее перфорация.

Чаще язвы желудка располагаются по малой кривизне в препилорическом и пилорическом отделах, реже — в субкардиальном и кардиальном отделах. Около 90 % язв желудка располагаются на границе между зонами желудочных и пилорических желез, что соответствует участку стенки желудка, ограниченному передними и задними косыми волокнами и круговым слоем мышц стенки желудка. В этом месте при перистальтике желудка наблюдается наибольшее растяжение его стенки. Язвы пилорического канала, по данным различных авторов, встречаются у 2,1–7,8 % больных язвенной болезнью. Обычно язвы располагаются в области перехода слизистой оболочки желудка в слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки там, где сфинктер привратника отделяется от круговых мышц кишки. В этом месте при перистальтике имеется наибольшее растяжение стенки. Язвы пилорического канала необходимо строго отграничивать от язв луковицы двенадцатиперстной кишки, поскольку они имеют своеобразную клиническую картину и могут озлокачиваться, что совершенно не свойственно дуоденальным язвам. Переход хронической язвы двенадцатиперстной кишки в рак — исключительно редкое явление. Среди комбинированных осложнений наиболее часты перфорация и кровотечение, кровотечение и пенетрация.

Важность разграничения дуоденальной язвы и пилорического отдела желудка хотелось бы продемонстрировать на клиническом случае.

Пациент Л, 1979 г.р., обратился к терапевту по месту жительства с жалобами на тяжесть, боли в эпигастрии натошак. В поликлинике по месту жительства 13.11.2015 г ему проведена фиброгастроуденоскопия (ФГДС). Эндоскопически выявлена язва луковицы двенадцатиперстной кишки 1,5*1,5*0,5. Результат биопсии: хронический умеренновыраженный слабоактивный гастрит с очаговой полной кишечной метаплазией, слабовыраженной атрофией, НР(+). Пациент госпитализирован в терапевтическое отделение стационара, где проводилось помимо антихеликобактерной и антисекреторной терапии лечение актовегином и физиотерапевтическая терапия.

На контрольной ФГДС от 24.11.2015 г., выполненной по месту жительства, картина без динамики, но биопсия не взята. По назначению участкового врача проведена рентгеноскопия желудка, которая выявила грубую деформацию луковицы двенадцатиперстной кишки. УЗИ органов брюшной полости и стандартные клинические анализы крови патологии не выявили. Контроль ФГДС от 22.12.2015 г. (по месту жительства) позволил заподозрить малигнизированную язву пилорического канала, но результат биопсии был аналогичен предыдущему. Пациент был направлен участковым терапевтом в Центр превентивной гастроэнтерологии (ЦПГ) ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» г. Гомеля для консультации и определения тактики ведения. При обследовании в ЦПГ на ФГДС от 06.01.2015 г. в пилорическом отделе по задней стенке с переходом на луковицу двенадцатиперстной кишки, определялся язвенный дефект неправильной формы, размерами 1,5 на 1,0 см., с четкими краями, глубоким дном, в области которого определялись некротические массы. На гистологии выявлена высокодифференцированная аденокарцинома желудка с наличием опухолевых эмболов в сосудах МЦР. Пациент направлен в онкологический диспансер к онкологам для проведения дальнейшего лечения и наблюдения.

Данный клинический случай наглядно подтверждает необходимость онконастороженности на всех этапах диагностики и консервативного лечения язвенной болезни, особенно при выявлении язвы в пограничном отделе пилорического канала.

Возможности эндоскопического лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями

Коржева И. Ю., д.м.н., Нечипай А. М., д.м.н., профессор, Чернов М. В., Комиссаров Д. Ю., Галаева Е. В., д.м.н., Кормнова Н. В., Хугаева З. Ш., Иванова В. О., Чеминава Н. Р., Вычужанина Н. В.

ГБУЗ ГКБ им. С. П. Боткина, ГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ

г. Москва

Введение

Лечение больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, продолжает оставаться актуальной проблемой urgentной абдоминальной хирургии. В настоящее время оказание неотложной медицинской помощи таким больным немыслимо без применения малоинвазивных эндоскопических технологий. Современная эндоскопия обладает широким арсеналом способов гемостаза, основанных на использовании различных физических, химических и механических средств, не только конкурирующих по доступности, безопасности и эффективности с традиционной хирургией, но и превосходящих последние по несопоставимо меньшим травматичности и стоимости. Несмотря на успехи современной медицины, в течение десятилетий летальность при язвенных кровотечениях находится на уровне 20–30% и не имеет тенденции к снижению, что во многом обусловлено превалированием осложнённых, запущенных форм язвенной болезни, малоэффективной пропагандой здорового образа жизни и плохо организованной диспансеризацией населения. Особую проблему представляет собой лечение больных пожилого и старческого возраста с язвенными кровотечениями, сочетающимися с тяжелой сопутствующей патологией. Эндоскопическое исследование ВО ЖКТ является «золотым стандартом» диагностики, направленной на выявление источника, уточнение его характера и локализации, оценку активности и интенсивности кровотечения, на принятие решения о виде и объеме мероприятий, направленных на достижение эффективного гемостаза. При необходимости, предпринятая трансформация диагностического исследования в лечебное вмешательство направлена на осуществление эндоскопического гемостаза и на профилактику возможного рецидива кровотечения.

Материалы и методы

В 2015 г. в эндоскопическом отделении ГКБ имени С. П. Боткина urgentные ЭГДС выполнены 3.647 больным с подозрением на кровотечение из ВО ЖКТ. В 60% случаев (2188 пациентов) факт кровотечения подтвердился. Только у 419 (19%) из 2188 больных с установленным диагнозом ЖКК источниками кровотечения (по результатам выполненной ЭГДС) явились язвенные поражения желудка (39%) и ДПК (61%). В остальных случаях — 1769 (81%) из 2188 больных — источниками кровотечения были: эрозивные поражения слизистой ВО ЖКТ (831–47%), рак желудка (195–11%), варикозно расширенные

вены пищевода (212–12%), неинтенсивная диapedезная геморрагическая гастропатия у больных с системными заболеваниями крови (195–11%), синдром Меллори-Вейса (71–4%), сосудистая мальформация слизистой (53–3%). При кровотечении из язвенных дефектов желудка и ДПК для формулировки диагноза и прогнозирования по результатам эндоскопического исследования риска рецидива кровотечения мы применяли классификацию J. A. Forrest. По факту первично выполненной ЭГДС у 151 (36%) больного было отмечено кровотечение F IIB, у 222 (53%) — F IIC; у 6 (1,4%) — F IIA; у 36 (8,6%) — F IB, и у 4 (1%) больных — струйное кровотечение (F IA). Показаниями к проведению эндоскопического гемостаза явились: активное кровотечение (F IA и F IB); высокий риск рецидива кровотечения при наличии таких стигм недавнего состоявшегося кровотечения, как видимый сосуд (F IIA) или фиксированный тромб-сгусток (F IIB). Эндоскопический гемостаз выполняли в протившоковой палате реанимационного отделения (85% больных) или на операционном столе в отделении неотложной хирургии (15%) под в/в седацией, эндоскопом с широким (3,7 или 4,2 мм) инструментальным каналом. При активном кровотечении и отсутствии видимого сосуда использовали комбинированный гемостаз, сочетающий в себе инъекционный способ (с целью компрессии и сужения сосудов) и/или клипирование/термическое воздействие. В качестве первого компонента лечебного вмешательства мы использовали 0,005% раствор адреналина в объеме 5–20 мл (100% больных). После достигнутой визуализации кровоточащего сосуда — у 43 (10%) пациентов — применяли клипирование либо непосредственно на сосуд, либо, при невозможности наложения непосредственно на сосуд, — на окружающие сосуд ткани. При этом достигалось механическое пережатие сосуда вместе с тканями и обеспечивалась более надежная фиксация клипс. При визуализации «часового тромба» — 57 (14%) больных — клипсы накладывались на ткани по обе стороны от него. При отсутствии видимого сосуда — 319 (76%) пациентов — после проведения периульцерозной инфльтрации применяли различные способы воздействия физическими агентами (аргоноплазменная коагуляция, тепловой зонд или радиоволновая коагуляция прибором «Сургитрон») на источник кровотечения. Ни один из способов термокоагуляции не имел преимуществ перед другими, однако в нашей практике наиболее востребованными (в силу высокой эффективности, безопасности и «портативности») оказались АПК (78%) и радиоволно-

вая коагуляция «Сургитроном» — 32%. Коагулировали ткани в непосредственной близости от сосуда, ибо только в этом случае зона теплового некроза распространялась и на сосуд, вызывая в нем образование тромба, и, одновременно, его сдавление коагулированными тканями. Одновременно начинали болюсное введение антисекреторных препаратов по стандартной схеме.

Результаты и их обсуждение

Применением эндоскопических способов гемостаза у 344 (82%) из 419 больных случаев удалось добиться окончательной остановки кровотечения. Повторные эндоскопические исследования в случаях высокого риска рецидива кровотечения выполняли с целью раннего выявления последнего. Интервалы времени для проведения контрольных эндоскопических исследований варьировали от 3 часов (при кровотечениях F IA, B и F IIA) до 6–12 часов (при кровотечениях F IIB). На фоне проводимой антисекреторной терапии у 37 (8,8%) из 419 больных отмечен рецидив кровотечения после его успешной первичной остановки, что послужило по-

водом для повторного проведения эндоскопического гемостаза, оказавшегося окончательным у 23 (62%) из 37 пациентов. 14 (37%) больных были оперированы на высоте кровотечения после безуспешного повторного эндоскопического гемостаза (в послеоперационном периоде умерло 2 (5,4%) из 37 больных с рецидивом кровотечения).

Выводы

Эндоскопическая остановка кровотечения и предотвращение его рецидива является основой лечебной тактики у больных с кровотечениями из гастродуоденальных язв. Применение комбинированных способов эндоскопического гемостаза, объективных критериев прогноза рецидива кровотечения, активный мониторинг больных после эндоскопического вмешательства на фоне болюсного введения мощных антисекреторных средств, позволяют минимизировать долю травматичных экстренных хирургических вмешательств и летальность у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями.

Возможности эндоскопического гемостаза у больных с острыми язвами верхних отделов ЖКТ

Короткевич А. Г., Шестак И. С., Кузнецов В. В.

НГИУВ, МБЛПУ ГКБ № 29

г. Новокузнецк

Кровотечения из стрессовых язв ЖКТ, в том числе в послеоперационном периоде, остаются камнем преткновения в выборе лечебной тактики [1,3, 4]. Общность терминов «острая язва» в описании стрессовых язв и обострения язвенной болезни с формированием глубокой хронической язвы или объединение столь разных субстратов единой статистикой до сих пор не позволяют сравнивать и оценивать результаты многих публикаций из-за анализа принципиально отличных состояний под одинаковыми названиями [2,5].

Целью работы было оценить влияние эндоскопического гемостаза на тактику лечения больных с симптоматическими (стрессовыми, сосудистыми, ишемическими) язвами верхних отделов ЖКТ.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 55 больных, находившихся в отделениях реанимации или поступивших в 2011–2013 гг. с клиникой желудочного кровотечения из острых язв желудка. Мужчин 30, женщин 25. Возраст 63 ± 14 лет. Всем больным при поступлении под местной анестезией выполнялась видеогастродуоденоскопия эндоскопами Олимпас 160 серии или Шторц моделями PKS 13901. Эндоскопический гемостаз выполнялся подслизистой инфильтрацией растворов аминокaproновой кислоты или 1% H₂O₂, клипированием, орошение спиртом 96 град 10 мл использовалось как вспомогательный метод во всех случаях для закрепления эффекта гемостаза. Эндоскопический мониторинг выполняли через 6–8 часов после первичной эндоскопии до Форрест 3. Медикаментозное лечение было одинаковым, включало нексиум по 20–40 мг 2 раза в сутки болюсно или в инфузомате 8 мг/час, восстановление ОЦК и микроциркуляции.

Результаты

Частота выявления острых язв по годам анализа была примерно одинаковой: 21-14-20. Эндоскопическая картина острых язв соответствовала поверхностному плоскому дефекту на глубину слизистой оболочки без деформации органа. При перистальтике дефект оставался как правило видимым, не закрывался складками. Локализация острых язв в теле и антральном отделе была одинаковой, преобладали язвы ближе к большой кривизне или на ней. Одиночные дефекты выявлены в 12 случаях (22%), множественные (более одной) острые язвы — в 43 (78%) ($p = 0,0007$). Сочетание острых язв желудка и хронической язвы желудка или луковицы 12-п.к. имело место у 5 больных (10%). Размеры дефектов от 7 мм до 4 см. Источником кровотечения являлся сосуд в дне в 8 случаях (15%), в крае язвы в 47 (85%), одновременное кровотечение из 2 источников найдено в 4 случаях (7%), кровотечение из другого источника при повторной эндоскопии выявлено у 13 больных (24%). Во всех случаях рецидива кровотечения из другой острой язвы выполнялся повторный эндоскопический гемостаз до достижения Форрест 3. Прогноз рецидива кровотечения осуществлялся по зонам ишемии слизистой (размытые бесструктурные пятна белого цвета на уровне слизистой, матовые), где при повторной эндоскопии выявлялись острые язвы.

Методы первичного эндоскопического гемостаза представлены в табл.1.

При использовании 1% раствора H₂O₂ требовался достоверно меньший объем раствора для получения эффективной гемостатической «подушки», как и время достижения гемостаза. Также у этих пациентов количество повторных эндоскопий было в 2 раза меньше ($p < 0,05$). Подобный эффект описан в литературе [6] и связан с локальным устранением подслизистой ишемии.

Таблица 1. Методы первичного эндоскопического гемостаза

	2011		2012		2013		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
H ₂ O ₂ 1%	9	45	6	46	8	36	23	42
АКК 5%	9	45	7	54	12	55	28	51
клипирование	2	10	0	-	2	9	4	7
Итого	20	100	13	100	22	100	55	100

Рецидивов из источников первичного кровотечения — острых язв — не имели. Повторные кровотечения у 13 больных были из вновь образованных острых язв и лечились консервативно. Оперирован 1 больной в 2011 г. при сочетании с хронической кровоточащей язвой желудка. Умер 1 больной в 2012 г. с тяжелой дыхательной недостаточностью вследствие обструктивной болезни легких.

Выводы

1. Симптоматические язвы верхних отделов ЖКТ, осложненные кровотечением, подлежат эндоскопическому и медикаментозному лечению.
2. Для выбора и обоснования адекватной тактики лечения необходима правильная эндоскопическая интерпретация и дифференциальная диагностика язвенных дефектов.
3. Острые язвы отделов ЖКТ, осложненные кровотечением, сочетаются с язвенной болезнью (хронической язвой) в 7 % случаев.
4. Эндоскопия позволяет оценить риск рецидива кровотечения из острых язв и эффективность медикаментозного лечения путем выявления очагов ишемии слизистой оболочки.

Литература

1. Клиническое течение, прогнозирование и профилактика острых послеоперационных эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны у больных старших возрастных групп/ Евсеев М. А., Клишин И. М., Головин Р. А и др.// Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7. № 4. С. 953–957.
2. Никольский В. И., Сергацкий К. И. Хирургическая тактика при острых гастродуоденальных изъязвлениях, осложненных кровотечением (обзор литературы)//Уральский медицинский журнал. 2010. № 4. С. 16–21.
3. Острые перфоративные язвы тонкой кишки у больных с распространенным гнойным перитонитом/ Гольбрайх В. А., Маскин С. С., Бобырин А. В. и др. // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2012. Т. V. № 1. С. 51–53.
4. Патогенетическое обоснование путей профилактики и лечения кровотечений из острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у тяжелообожженных (обзор литературы)/ Окунев А. Ю., Эргашев О. Н., Виноградов Ю. М. и др.// Фундаментальные исследования. 2012. № 7–2. С. 449–455.
5. Хирургическая тактика и лечение больных с кровоточащими острыми язвами желудка и двенадцатиперстной кишки/Хаджибаев А. М., Азимов А. А., Маликов Ю. Р., Шукуров Б. И.// Московский хирургический журнал. 2009. № 6. С. 41–44.
6. Clinical usefulness of 3% hydrogen peroxide in acute upper GI bleeding: a pilot study/ A. N. Kalloo, M. I. Canto, K. S. Wadwa et al.// Gastrointestinal Endoscopy 1999 Volume 49, No. 4, Part 1, P.518

Чрескожная эндоскопическая гастростомия в условиях многопрофильного стационара

Кузьмин-Крутецкий М.И., проф., д.м.н., зав. кафедры эндоскопии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», науч. рук. отделения эндоскопии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Сафоев М.И., к.м.н., заведующий отделения эндоскопии, Каримова Л.И., врач-эндоскопист, Сергеева А.М., м.н.с. лаборатории клинического питания, врач-гастроэнтеролог городского панкреатологического центра Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

г. Санкт-Петербург

Введение

В настоящее время благодаря внедрению в практику современных малоинвазивных технологий чрескожная эндоскопическая гастростома (ЧЭГ) стала методом выбора при необходимости осуществления длительного (более четырёх недель) энтерального зондового питания.

ЧЭГ является золотым стандартом для прямого доступа в желудок во всем мире благодаря ряду преимуществ, таких как возможность выполнения у пациентов с высоким операционным риском, возможность проведения в условиях отделения реанимации, минимальная седация (нет необходимости в общем наркозе), небольшая длительность операции (15–45 мин). Помимо этого, уход за гастростомой, наложенной эндоскопическим методом, не требует никаких дополнительных мероприятий, прост и безопасен для больного, отсутствует опасность самопроизвольного зарастания свища, так как он выстлан на всем протяжении слизистой оболочкой желудка [1, 2].

Материал и методы

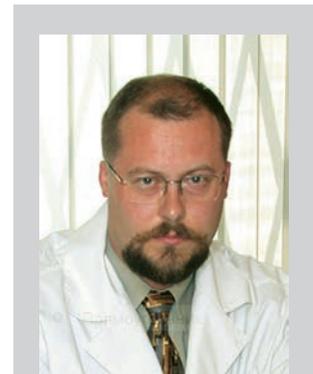
В ГБУ НИИ СП им. профессора И.И. Джанелидзе с 2011 по 2015 г. ЧЭГ была произведена 211 пациентам. Мужчин было 109 (51,7%), женщин – 102 (48,3%). Возраст пациентов варьировал от 20 до 85 лет (средний возраст – 52 года).

Показаниями для проведения данной операции у этих больных, чаще всего (у 186 пациентов – 88,2%), являлись неврологические заболевания, повлекшие за собой нарушения глотания: острое нарушение мозгового кровообращения как по ишемическому, так и по геморрагическому типам, черепно-мозговые травмы, парез голосовых связок, отравления нейротропными лекарственными веществами, анорексии, реже — тра-

хеопищеводный свищ (у 11 пациентов – 5,2%), опухоль нижней трети пищевода с переходом на кардию и верхнюю треть желудка (у 2 пациента – 0,9%), опухоль глотки (у 1 пациента – 0,5%), ожог пищевода (у 1 пациента – 0,5%). ЧЭГ так же выполнялась по экстренным показаниям в условиях шоковой операционной пациентам с сочетанной и челюстно-лицевой травмой перед шинированием (у 10 пациентов – 4,7%).

Использовалась гастростомическая трубка фирм «NUTRICIA», «Kangaroo» и «COOK» (диаметр трубки – от 18 до 24 Fr). Выполнялась методика «на себя» (pull-through) по Gauderer-Ponsky.

Наложение гастростомы выполнялось двумя врачами хирургами-эндоскопистами. Больному с целью достижения седативного эффекта внутривенно вводился Пропофол (2–2,5 мг/кг). Первым этапом была проведена видеоэзофагогастродуоденоскопия. При осмотре желудка, проводилась диафаноскопия передней брюшной стенки, в результате которой была выявлена и отмечена наиболее яркая точка, что соответствовало месту непосредственного прилегания передней стенки желудка к передней брюшной стенке. Далее был проведен второй тест – в отмеченном месте проводили пальпацию передней брюшной стенки под контролем эндоскопа, при которой в желудке должны определяли четко выраженные вдавления, образуемые пальцем (рис. 1). Передняя брюшная стенка, обрабатывалась антисептическими растворами и обкладывалась стерильным материалом. Под местной анестезией (15 мл 0,25% раствора Новокаина) приступали к следующему этапу – производили разрез кожи длиной 0,5–1,0 см. Далее, под контролем эндоскопа производили пункцию передней брюшной стенки и передней стенки желудка пункционной



Кузьмин-Крутецкий М.И.



Сафоев М.И.



Каримова Л.И.

иглой из комплекта одной из выше указанных фирм (рис.2). Через пункционную иглу проводили нить в желудок, в дальнейшем захватывали ее биопсийными щипцами и выводили вместе с эндоскопом наружу через рот. Нить, после извлечения из ротовой полости, обрабатывалась стерильной салфеткой, смоченной 70% раствором этилового спирта. К обработанной нити привязывали гастростомическую трубку, имеющую на одном конце диск для внутренней фиксации. Далее производили тракцию за нить со стороны брюшной полости, и через пункционное отверстие желудка на переднюю брюшную стенку выводили гастростомическую трубку. При контрольной гастроскопии диск для внутренней фиксации плотно прилегал к стенке желудка (рис. 3). Трубка фиксировалась к коже. Следующим этапом на гастростомическую трубку накладывали наружное удерживающее кольцо, клапан гастростомы и коннектор для соединения со шприцом или системой (рис. 4).

Длительность эндоскопического вмешательства в период освоения методики составляла в среднем до 45 мин, однако в дальнейшем, среднее время проведения операции сократилось до 15 мин.

При наличии у пациента относительных противопоказаний: субтотальная резекция желудка; вентральные грыжи, ожирение высокой степени (4 пациента –1,9%)—мы использовали сочетание ЧЭГ и лапароскопического метода, т.е. устанавливали гастростому под контролем лапароскопа.

Результаты и обсуждения

Показаниями для ЧЭГ являются: длительные нарушения глотания, обусловленные неврологической патологией, анорексии, ЧЭГ показана больным раком пищевода с выраженным интоксикационным синдромом, при условии возможности проведения гастроскопии, для коррекции у них гомеостаза с помощью нутритивной поддержки [3, 7]. ЧЭГ в экстренном порядке производится при ранениях пищевода — как предварительный этап основной операции на пищеводе, трахеопищеводные или бронхопищеводные свищи, при челюстно-лицевых травмах.

Выделяют абсолютные и относительные противопоказания к ЧЭГ [4, 7, 8]:

1. Абсолютные противопоказания: фарингеальная или эзофагеальная непроходимость, не позволяющая проводить гастроскопию; непроходимость желудка или кишечника, не позволяющая применить энтеральное питание; противопоказания для энтерального питания (анурия, острый тяжелый панкреатит); коагулопатия (риск значительной кровопотери); выраженный асцит; терминальные состояния.
2. Относительные противопоказания: осложненные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки; субтотальная резекция желудка; вентральные грыжи; выраженная портальная гипертензия (выраженная гепатомегалия, спленомегалия); ожирение высокой степени; перитониальный диализ.

Осложнения, которые возникают во время и после гастростомии 4,5–5,5% [5,6].

3. Интраоперационные (до 2,5%): кровотечение, перфорация, аспирация.
4. Послеоперационные (до 3,0%): гастро-колоно-кожные свищи или толстокишечная непроходимость, перитонит, развивающиеся при случайной пункции ободочной кишки, перистомальные инфекции, развитие травматических эрозий или язв на противоположной от гастростомы стенке и под диском внутренней фиксации.

Осложнения, развивающиеся вследствие неправильного ухода за стомой (4%) [5,6]:

- непроходимость зонда (закупорка), являющаяся следствием введения густой смеси или лекарственных веществ;
- «бампер»- синдром — разрастание слизистой оболочки над диском для внутренней фиксации с полной закупоркой внутреннего отверстия зонда.

Несмотря на это, ЧЭГ находит все большее место в хирургической практике.

В наблюдаемой нами группе возникали следующие интра и послеоперационные осложнения: нагноение послеоперационной раны (у 8 пациентов — 3,8%), которое устранено после хирургической обработки и дренирования раны, выпадение гастростомической трубки



Рис. 1. Вдавление по передней стенке антрального отдела желудка, образуемое пальцем

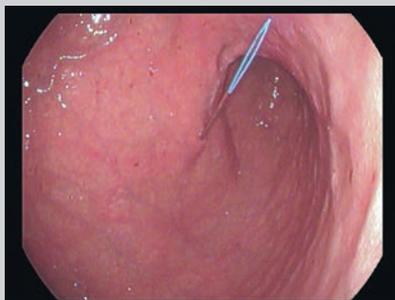


Рис. 2. Пункция передней брюшной стенкой иглой из комплекта гастростомы



Рис. 3. Диск внутренней фиксации, плотно фиксированный к передней стенке антрального отдела желудка

вследствие перемены положения пациента (у 5 пациентов — 2,4%), этим пациентам гастростома установлена повторно, ранение печени (1 пациент — 0,5%). Летальных исходов не было.

Наложение гастростомы было временно отменено из-за выявленных во время предварительной видеозофагогастродуоденоскопии язв желудка и двенадцатиперстной кишки с признаками состоявшегося кровотечения — у 6 пациентов (2,8%). ЧЭГ была выполнена после курса противоязвенной терапии.

Замена гастростомической трубки из-за ее закупорки была проведена 6 пациентам (2,8%). При этом в трех случаях она была наложена за 1 год до этого.

Необходимо отметить, что гастростома была удалена 28 пациентам (13,3%), вследствие полного восстановления функции глотания.

Выводы

Так как ЧЭГ является малоинвазивным вмешательством, ее можно проводить как в операционной, так в отделении реанимации (при условии соблюдения всех правил антисептики).

Для профилактики закупорки гастростомической трубки после введения смеси мы рекомендуем обязательно промывать гастростому 20 мл кипяченой воды.

Начинать вводить энтеральное питание следует следующим образом:

- в 1-е сутки, после установки гастростомы рекомендовано вводить глюкозоэлектrolитную (например, Регидрон) смесь в объеме 500 мл, капельно, со скоростью 100 мл/ч;
- На следующие сутки объем глюкозоэлектrolитной смеси увеличивается до 1000 мл и начинается питание в объеме 500 мл, со скоростью 60–70 мл в час;
- На 3 сутки пациенту вводят питание и глюкозоэлектrolитную смесь в полном объеме в виде болюсов (с помощью шприца Жане).

Следует подчеркнуть достаточную простоту этих мероприятий, которая позволяет больным или родствен-

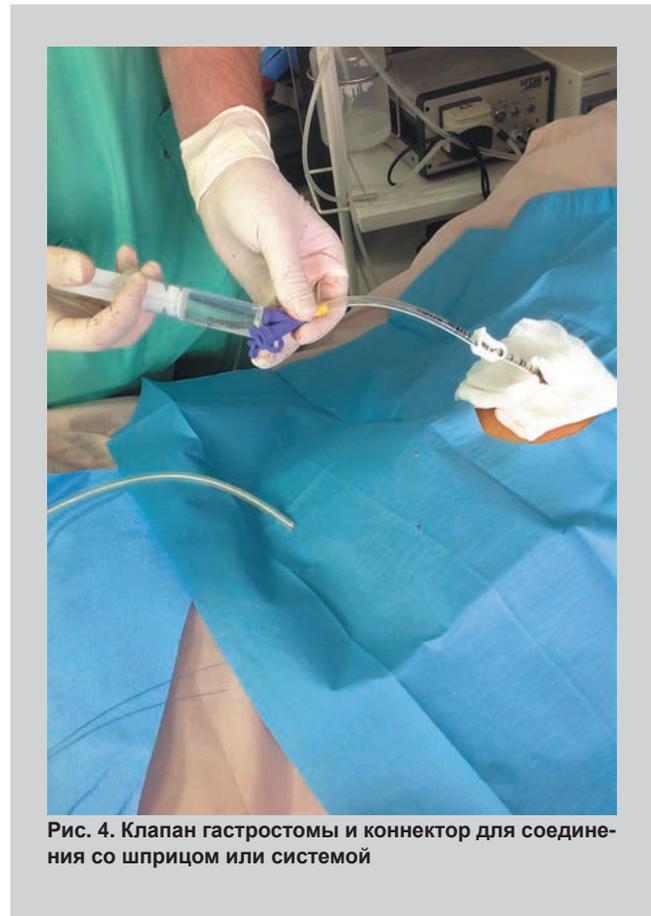


Рис. 4. Клапан гастростомы и коннектор для соединения со шприцом или системой

никам больных самостоятельно вводить электролитное питание и совершать ежедневный уход за трубкой.

Вывод. Операция ЧЭГ является малотравматичным, технически простым и непродолжительным вмешательством, сопровождается минимальными послеоперационными осложнениями. ЧЭГ создает возможности для более раннего начала питания и не требует повторной операции для закрытия гастростомы, что определяет её преимущества перед традиционными хирургическими методами доступа для проведения энтерального питания.

Литература

1. Балалыкин А. С., Козин С. М., Саввин В. Ю. и др. Чрескожная эндоскопическая гастростомия. //Эндоскоп. хир., 2007. № 1.— С. 115–116.
2. Волков О. И. Чрескожная эндоскопическая гастростомия. Тихоокеанский медицинский журнал. г. Владивосток, 2004. № 1. с. 30–35.
3. Gauderer M. W. Percutaneous endoscopic gastrostomy — 20 years later: a historical perspective. // J. Pediatr. Surg. 2001. Vol. 36. p. 217–219.
4. Gutt C. N., Held S., Paolucci V., et al. Experiences with percutaneous endoscopic gastrostomy. //World J Surg. 1996. Vol. 20. p. 1006–1009.
5. Larson D. E., Burton D. D., Schroeder K. W., DiMagna E. P. Percutaneous endoscopic gastrostomy. Indications, success, complications, and mortality in 314 consecutive patients. //Gastroenterology, 1987. Vol. 93. p. 48–52.
6. Loser C. H. Endoskopische Anlage von Sondensystemen (PEG-/PEJ-Sonde) für die enterale Ernährung. //DMW — Deutsche Medizinische Wochenschrift. 2000. Vol. 125. H. 25/26, S. 805–809.
7. Marks J. M., Ponsky J. L. Access routes for enteral nutrition. //Gastroenterologist. 1995. Vol. 3. p. 130–140.
8. Stellato T. A. Expanded applications of percutaneous endoscopic gastrostomy. //Gastrointest Clin N Am. 1992. Vol. 2. p. 249–257.

Клинико-морфологические особенности дуоденогастрального рефлюкса у детей

Мазуренко Н. Н., врач-эндоскопист, Заблодский А. Н., врач-эндоскопист
УЗ, ВОДКЦ, Витебский детский областной клинический центр

Товсташов А. Л., врач-патанатом, кафедра патанатомии
Матющенко О. В., доц., кафедра педиатрии
Витебский государственный медицинский университет

г. Витебск



Мазуренко Н. Н.



Заблодский А. Н.

Введение

Среди заболеваний у детей лидирующие позиции занимает патология ЖКТ. При этом велика вероятность воспалительных изменений с развитием дуоденогастральных и дуоденогастроэзофагеальных рефлюксов.

Цели

Изучить и соотнести клинические проявления и изменения со стороны слизистой желудка у детей с желчным рефлюксом с целью выявления специфических особенностей.

Методы

Обследованы 33 ребенка в стационарных условиях на базе Витебского детского клинического центра с 1.02.2015 по 1.09.2015 19 девочек, 14 мальчиков с жалобами со стороны желудочно-кишечного тракта — тошноту, рвоту, чувство жжения. Дети разделены по возрастам до 5 лет 1 (3%)-девочки, 1(3%)-мальчики, 8–15 лет 9(27%)-девочки, 5(15%)-мальчики, 16–17 лет 8(24%)-девочки, 7(21%) мальчики. Контрольная группа 20 человек без жалоб и изменения со стороны желудочно-кишечного тракта. Выполнялась фиброгастродуоденоскопия, анализ кислотности, оценка сока желудка, биопсия из тела и антрального отдела желудка, хромокопия, оценка данных ультразвуковой диагностики, определение антигена хеликобактера пилори уреазным тестом.

Результаты. По клиническим проявлениям выделены группы симптомов-диспепсические — боли в животе, неприятные ощущения в эпигастрии, тошнота, рвота, чувство жжения- 13(39%) девочки, 4(12%) мальчики, бессимптомное течение 3(9%) девочки, 4(12%) мальчики, внепищеводные проявления — неприятный запах изо рта, налет на языке, небе- 2(6%) девочки, 7(21%) мальчики. Ультразвук — 2(6%) — желчекаменная болезнь, дискинезия желчевыводящих путей, 30(90%) — норма.

Эндоскопическая картина варьирует от нормы до гиперемии, отека слизистой (1), наличие геморрагий (2), эрозий, дуоденогастроэзофагеального рефлюкса(3).

Морфологическая картина — фовеолярная гиперплазия 26(78%), воспаление 21(63%), ветвистость валиков 9(27%), лимфоидные фолликулы 19(57%), фиброзная пролиферация 20(60%). Отмечается разная степень воспаления при наличии хеликобактера — при наличии — активность 13(39%), выраженность 14(54%), при отсутствии — активность 5(15%), выраженность 9(27%).

Выводы

Заброс желчи ведет к изменениям в слизистой желудка в виде воспаления, фибропролиферации, фовеолярной гиперплазии, ветвистости валиков у 26(78%) детей, выраженной картине диспепсии, а наличие хеликобактера картина изменяется в сторону увеличения выраженности и активности у 7 детей из 15(46%).

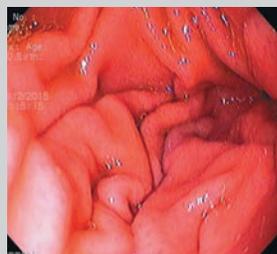


Рис.1



Рис.2



Рис.3

Результаты применения пункционной гастростомии в клинической практике

Мазурин В.С., Шаповалов А.В., Кригер П.А., Шабаров В.Л.

Хирургическое торакальное отделение ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского

г. Москва

Цель исследования

Анализ результатов пункционной гастростомии под эндоскопическим контролем.

Материалы и методы

Анализируются результаты эндоскопической гастростомии у 16 больных, из них мужчин было 9, женщин – 7. Средний возраст составил 64 года. У 9 больных гастростомия выполнялась при бульбарных нарушениях глотания; в 3 случаях при стенозирующем раке пищевода, гортаноглотки; в 3-х при нисходящем гнойном медиастините у больных на продленной ИВЛ и в 1-м у больного со сформированным трахеопищеводным свищем. Во всех случаях применялась система PEG-24 PULL-I-S фирмы COOK. Проведение гастростомы осуществляли по рекомендованной изготовителем методике. Компрессию силиконовым уплотнителем сохраняли 3–5 дней. Питание больных через гастростому начинали на вторые сутки после операции. Операцию выполняли в условиях реанимационного отделения (9) или операционной (5) под местной анестезией, а в 4-х случаях с внутривенной седацией.

Результаты

Всего внутрибрюшных осложнений было 2 (14%). Интраоперационных осложнений непосредственно при установке гастростомы не возникло ни в одном случае. У 4-х больных с избыточным питанием успешно выполнить пункцию желудочной стенки удалось со 2–3 попытки, поскольку игла попадала в паренхиму печени. В 1 случае на 5-е сутки развилась картина разлитого перитонита. При лапаротомии выявлено, что гастростомическая трубка проходила через край печени, дистальный ее конец с манжетой мигрировал под левую долю печени

сквозь стенку желудка, причем дефект стенки желудка полностью закрылся. Сформирована гастростома по Кадеру, цикл санационных релапаротомий, явления перитонита купировались.

Еще в 1 случае компрессию гастростомы уменьшили на 2-е сутки, картина перитонита развилась на 4-е сутки от гастростомии. На операции выявлено неплотное прилегание стенки желудка к передней брюшной стенке в зоне гастростомы. Произведена реконструкция гастростомы по Кадеру.

В 3-х случаях отмечалось появление небольшого кожного пролежня под кольцом-уплотнителем. После уменьшения компрессии дефекты кожи закрылись. В 1 случае у пациента с трахеопищеводным свищем, на фоне длительной компрессии отмечена миграция гастростомической трубки под слизистую желудка, а затем под апоневроз с полным самостоятельным закрытием дефекта стенки желудка. В этом случае, учитывая закрытие свища, гастростома была удалена.

После восстановления глотания гастростомы удалены 4-м больным в сроки 2–4 месяца после установки. Дефект от гастростомической трубки закрывался самостоятельно за 2–6 дней.

Выводы

Пункционная гастростомия под ЭГДС — контролем является хорошей альтернативой традиционной операции у больных с дисфагией, при условии сохраняющейся проходимости пищевода для эндоскопа. Для снижения вероятности осложнений целесообразно выполнять УЗ-разметку нижнего края печени на брюшной стенке непосредственно перед операцией и сохранять компрессию гастростомы не менее 5 дней, с последующим уменьшением давления уплотнителя.

Оценка эффективности различных диагностических методов выявления *H.pylori* при осложненной язвенной болезни

Назаров В. Е., д.м.н, проф., СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Апэрече Б. С., врач-эндоскопист, НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Сварваль А. В., Ферман Р. С., НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера

Кравцов В. Ю. д.м.н, проф., СПбГУ им. М. Ломоносова

г. Санкт-Петербург



Назаров В. Е.



Апэрече Б. С.

Актуальность

Широкий спектр диагностических методов определения *H.pylori* требует оценку их надежности, особенно при наличии осложнений язвенной болезни.

Материал и методы

В исследование вошли 64 пациента, поступивших в хирургический стационар. Основную группу составили 14 больных с осложненной язвенной болезнью, группу сравнения (больных с гастродуоденитом и неосложненной язвой) — 48 человек.

Результаты

Бактериологическая диагностика

Выделено 28 культур *H.pylori* в биоптате: 21(50,0%) — гастродуоденит и язвенная болезнь (контрольная группа), 7 (53,9%) — осложненная язвенная болезнь (основная группа), 5 культур — на фоне приема антисекреторных препаратов. В 16 случаях удалось определить чувствительность к антибиотикам. Операционные характеристики метода: Se 50,9%, Sp 100%, pVp 100%, pVn 25,0%, Ac 57,8%

Серологическая диагностика

Обнаружены АТ к *H.pylori* в диагностических титрах у 50 из 55 положительных больных. В 13 случаях — при отрицательных результатах прямых методов диагностики *H.pylori* (из них в 7 случаях — на фоне приема антисекреторных и антибактериальных препаратов). Операционные характеристики метода: Se 90,9%, Sp 77,8%, pVp 96,2%, pVn 13,5%, Ac 89,1%

ПЦР в биоптате — ДНК *H.pylori* обнаружены в 37 биоптатах (32 — VacA+, 25 — CagA+). Операционные характеристики: Se 67,3%, Sp 100%, pVp 100%, pVn 33,3%, Ac 71,9%

Иммуноцитохимия

Обнаружены вегетирующие и кокковые формы *H.pylori* в 49 из 55 биоптатов. Операционные характеристики: Se 89,1%, Sp 100%, pVp 100%, pVn 53,8%, Ac 90,3%

Заключение

Прямые методы диагностики *H.pylori* при наличии осложнений язвенной болезни малоинформативны, что обусловлено большим количеством кокковых и дегенеративных форм, а также массивной гибелью бактерий в момент развития осложнений.

GAVE-синдром

Олевская Е. Р., зав. отделением эндоскопии ГБУЗ ЧОКБ

Бережков Д. В., зам гл. врача Медицинский центр «Лотос»

Тарасов А. Н., проф. кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России

г. Челябинск

Эктазия вен антрального отдела желудка- GAVE синдром — редкая, но довольно серьезная причина желудочно-кишечных кровотечений, отвечающая за 4% всех неварикозных геморрагии [1]. Эта патология впервые была описана в 1953 Ryder и др. [2]. Диагностика базируется на данных эндоскопии и в некоторых случаях на гистологии. GAVE-синдром характеризуется достаточно патогномичной эндоскопической картиной, представленной красными пятнами, организованными в радиальные полосы, от привратника по антральному отделу (арбузный желудок). рис. 1. или изменения распространяются диффузно по стенкам антрума (диффузный тип) [3]. Типичная локализация GAVE синдрома — антральный отдел [4]. В единичных случаях характерные проявления могут быть найдены в кардии [5], двенадцатиперстной кишке [6], прямой кишке [7], GAVE синдром может протекать бессимптомно или сопровождаться клиникой анемии, или явного желудочно-кишечного кровотечения [3]. Гистологическая картина GAVE включает четыре основных признака: эктазия капилляров слизистой оболочки, очаговый тромбоз, веретенноклеточная пролиферация гладкомышечных клеток и фиброгиалиноз [8]. Дифференциальный диагноз GAVE проводят с портальной гипертензионной гастропатией (ППГ). Необходимость четкой идентификации этих состояний обусловлена различием терапевтического подхода [9]. GAVE синдром может осложнять течение многих заболеваний. 60% пациентов с GAVE синдромом страдают аутоиммунными расстройствами (системная склеродермия, системная красная волчанка, синдром Рейно и др.) [10], еще 30% приходится на пациентов с циррозом печени различной этиологии [11]. В остальных случаях (10%) GAVE синдром описан у больных с поражением почек и сердечно-сосудистой дисфункцией [12]. Патогенез GAVE недостаточно изучен. Несколько гипотез предполагают

роль механического воздействия, влияние аутоиммунных и гуморальных факторов, гемодинамические расстройства [13]. Лечение GAVE-синдрома включает медикаментозную терапию, эндоскопические методики и оперативное пособие [14,15,16]. Лекарственная терапия не играет решающей роли в лечении GAVE-зависимых кровотечений. Хирургические методы используются только в случаях рефрактерных к другим способам лечения, так как они сопряжены с высоким уровнем осложнений и летальности [16]. Эндоскопическое лечение, в частности использование АПК, следует считать терапией первой линии для лечения пациентов с GAVE синдромом, осложненным кровотечением [15]. Помимо АПК предложены лазерокоагуляция, склеротерапия, криовоздействие, лигирование резиновыми кольцами, радиочастотная абляция [17]. В отечественной литературе сведения о диагностике и лечении GAVE-синдрома крайне скудные. Анализ ситуации показывает, что процесс постановки правильного диагноза длителен, выбор оптимальной тактики остается сложной задачей.

Представляем клиническое наблюдение

Пациентка К., 72 г, в 2013 г.— установка двухкамерного кардиостимулятора по поводу слабости синусового узла, с этого же времени появилась анемия до 53–55г/л, без явных признаков кровотечения, 11 гемотрансфузий за 1,5 года, 5 эзофагогастродуоденоскопий (ЭГДС), 2 колоноскопии, была направлена в областную больницу для проведения капсульной эндоскопии. Заключение, полученные на ЭГДС, были хронический гастрит, геморрагический гастрит, портальная гастропатия. По данным ЭГДС, выполненной видеэндоскопом EXERA II Olympus GIF Q-180, типичный «арбузный желудок» (рис. 1) в антральном отделе и несколько элементов, характерных для GAVE в области кардиоэзофагеального



Олевская Е. Р.



Бережков Д. В.

перехода на протяжении 1 см (рис. 2,3). С учетом наличия у пациентки кардиостимулятора возможность применения АПК была согласовано с кардиологом –аритмологом, использовалась электро-хирургическая станция ERBE 3000, поток аргона 1 л/мин, мощность 35w (рис.4). Манипуляция выполнялась под в/в наркозом. Однако, во время процедуры возникли выраженные нарушения сердечного ритма, по типу фибрилляции желудочков, потребовавшие прекращения электрохирургического воздействия, медикаментозную коррекцию. На заключительном этапе на раневую поверхность нанесен полисахарид Эндоклот (рис. 5).

При контрольной ЭГДС через 1 месяц отмечена значительная редукция элементов GAVE, визуализировались поверхностные древовидные рубцы на слизистой антрального отдела без признаков деформации просвета (рис. 6). В связи с очевидным противопока-

занием к использованию монополярной коагуляции решено было продолжить лечение с использованием лазера. Под в/в наркозом проведен сеанс лазерокоагуляции слизистой антрального отдела желудка в участках эктазированных сосудов. Использовали диодный лазер ЛАХТА МИЛОН модель 970–10 в импульсном режиме 40 на 600 и 50 на 250, мощность от 8 до 15 Вт. Выполнение этой методики вызвало определенные технические трудности, так как некоторое время было потрачено на подбор оптимальных параметров мощности и интервала. В литературе мы не нашли рекомендаций по режимам для данной патологии и конкретной модели аппарата, все технические аспекты согласовывали с медицинскими физиками, обслуживающими аппаратуру. Кроме того, активная перистальтика, острый дистальный конец световода, необходимость контакта со слизистой создавали опасность перфорации. Воз-



Рис. 1. Эндоскопическая картина «арбузного желудка» у пациентки 72 лет



Рис. 2. GAVE проявления в области кардио-эзофагеального перехода

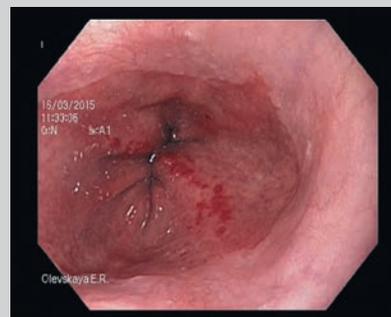


Рис. 3. GAVE проявления в области кардио-эзофагеального перехода, осмотр в NBI



Рис. 4. Сеанс АПК

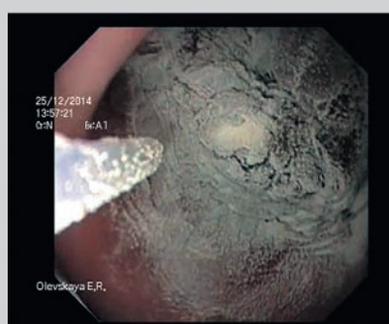


Рис. 5. Аппликация Эндоклот после АПК



Рис. 6. Через 1 месяц после АПК



Рис. 7. Через 1 месяц после лазерокоагуляции

действие лазера носит точечный характер, для коагуляции протяженных поражений необходим значительный временной период по сравнению с АПК. Отчасти, возникшие проблемы обусловлены отсутствием у нас большого опыта работы лазерной техникой на слизистой желудка. В целом, процедура прошла без осложнений. Данные контрольной ЭГДС через 1 месяц после лазерокоагуляции представлены на рис. 8. Очевидный положительный результат эндоскопической картины полностью соответствовал клиническим данным. Уровень гемоглобина пациентки весь месяц оставался стабильным 115г/л. Тем не менее, мы решили провести еще один сеанс терапии проявлений GAVE с использованием биполярного зонда. Биполярная коагуляция была выполнена на электро-хирургическом блоке ERBE3000 биполярным зондом Olympus CD-D620LA. Все видимые остаточные элементы эктазированных сосудов были коагулированы. Процедура прошла гладко, нарушений ритма во время сеанса не было. Пациентка

выписана из стационара в удовлетворительном состоянии, от контрольной ЭГДС отказалась, клиники анемии нет в течение 9 месяцев.

Заключение:

GAVE синдром — редкая, но серьезная причина желудочно-кишечных кровотечений. Эндоскопия является ключевым моментом в постановке диагноза и основным способом лечения. Факт длительного диагностического поиска существенно ухудшает результаты лечения, что особенно опасно у пациентов с выраженной анемией, нуждающихся в гемотрансфузии. По всей видимости, затруднения с диагностикой обусловлены недостатком информации об особенностях диагностики и лечения данной патологии у врачей. Необходимо уделить внимание этому вопросу диагностики на обучающих семинарах и включить в программы профессиональной переподготовки и повышения квалификации врачей эндоскопистов.

Литература:

1. Dulai G.S., Jensen D.M., Kovacs T.O., Gralnek I.M., Jutabha R. Endoscopic treatment outcomes in watermelon stomach patients with and without portal hypertension. *Endoscopy*. 2004; 36:68–72.
2. Rider J.A., Klotz A.P., Kirsner J.B. Gastritis with veno-capillary ectasia as a source of massive gastric hemorrhage. *Gastroenterology*. 1953; 24: 118–123.
3. Zepeda-G mez S., Sultanian R., Teshima C., Sandha G., Van Zanten S., Montano-Loza A.J. Author information Gastric antral vascular ectasia: a prospective study of treatment with endoscopic band ligation. *Endoscopy*. 2015; 47(6): 538–40.
4. Ito M., Uchida Y., Kamano S., Kawabata H., Nishioka M. Clinical comparisons between two subsets of gastric antral vascular ectasia. *Gastrointest Endosc*. 2001; 53: 764–770.
5. Stotzer P.O., Will n R., Kilander A.F. Watermelon stomach: not only an antral disease. *Gastrointest Endosc*. 2002; 55: 897–90.
6. Cal s P., Voigt J.J., Payen J.L., Bloom E., Berg P., Vinel J.P., et.al. Diffuse vascular ectasia of the antrum, duodenum, and jejunum in a patient with nodular regenerative hyperplasia. Lack of response to portosystemic shunt or gastrectomy. *Gut*. 1993; 34: 558–561.
7. Singh D., Shill M., Kaur H. The watermelon rectum. *J Clin Gastroenterol*. 2001; 33: 164–166.
8. Gilliam J.H., Geisinger K.R., Wu W.C., Weidner N., Richter J.E. Endoscopic biopsy is diagnostic in gastric antral vascular ectasia. The «watermelon stomach». *Dig Dis Sci*. 1989; 34: 885–888.
9. Carpinelli L., Primignani M., Preatoni P., Angeli P., Battaglia G., Beretta L., Bortoli A., Capria A., Cestari R., Cosentino F., et al. Portal hypertensive gastropathy: reproducibility of a classification, prevalence of elementary lesions, sensitivity and specificity in the diagnosis of cirrhosis of the liver. A NIEC multicentre study. *New Italian Endoscopic Club. Ital J Gastroenterol Hepatol*. 1997; 29: 533–540.
10. Archimandritis A., Tsiantonaki M., Tzivras M., Hatzis G., Davaris P. Watermelon stomach in a patient with vitiligo and systemic lupus erythematosus. *Clin Exp Rheumatol*. 1996; 14: 227–228.
11. Jabbari M., Cherry R., Lough J.O., Daly D.S., Kinnear D.G., Goresky C.A. Gastric antral vascular ectasia: the watermelon stomach. *Gastroenterology*. 1984; 87: 1165–1170.
12. Garcia M.C., Zhou J., Henning D., Arnett F.C., Valdez B.C. Unique epitopes in RNA helicase II/Gu protein recognized by serum from a watermelon stomach patient. *Mol Immunol*. 2000; 37: 351–359.
13. Novitsky YW, Kercher KW, Czerniach DR, Litwin DE. Watermelon stomach: pathophysiology, diagnosis, and management. *J Gastrointest Surg*. 2003; 7: 652–66
14. Grady D., Rubin S.M., Petitti D.B., Fox CS, Black D, Ettinger B, Ernster VL, Cummings SR. Hormone therapy to prevent disease and prolong life in postmenopausal women. *Ann Intern Med*. 1992; 117: 1016–1037
15. Fuccio L., Zagari R.M., Serrani M., Eusebi L.H., Grilli D., Cennamo V., et.al. Endoscopic argon plasma coagulation for the treatment of gastric antral vascular ectasia-related bleeding in patients with liver cirrhosis. *Digestion*. 2009; 79: 143–150.
16. Jin T., Fei B, Zheng W., Wang Y. Successful treatment of refractory gastric antral vascular ectasia by distal gastrectomy: A case report. *World J Gastroenterol*. 2014; 20(38): 14073–14075.
17. Dray X., Repici A., Gonzalez P. et al. Radiofrequency ablation for the treatment of gastric antral vascular ectasia. *Endoscopy* 2014; 46: 963–969

Роль патоморфологического исследования в оценке эффективности выполнения эндоскопической диссекции при раннем раке желудка. Клиническая демонстрация

Плахов Р. В., Михалева Л. М., Шаповальянц С. Г., Федоров Е. Д., Галкова З. В., Бунцева О. А., Бирюков А. Е.

Кафедра госпитальной хирургии № 2 с НИЛ хирургической гастроэнтерологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, ГКБ № 31

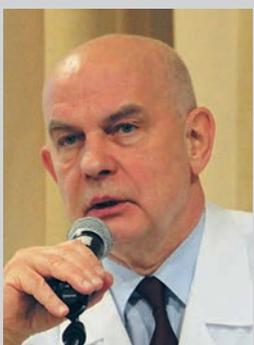
г. Москва



Плахов Р. В.



Михалева Л. М.



Шаповальянц С. Г.

Ежегодно в нашей стране выявляется более 40 тысяч новых случаев рака желудка, при этом значительная часть пациентов поступает в стационар на третьей или четвертой стадии заболевания, что приводит к неудовлетворительным результатам лечения, с 5-летней выживаемостью не более 10–12% и ежегодной летальностью, превышающей 60% [1,2]. Одним из возможных направлений улучшения результатов лечения является раннее выявление злокачественной опухоли, а также применение малоинвазивных оперативных вмешательств, характеризующихся низким уровнем осложнений и летальности. К числу подобных операций относится эндоскопическая диссекция подслизистого слоя, позволяющая единым фрагментом осуществлять R0 резекцию слизистой оболочки при раннем раке желудка. При условии строгого соблюдения показаний данная операция прочно зарекомендовала себя в качестве альтернативы хирургическим резецирующим вмешательствам [3], а в некоторых странах стала «золотым стандартом» оперативного лечения подобных больных [4].

В определении дальнейшей лечебной тактики ведущую роль играет полноценное морфологическое исследование резецированного фрагмента; в частности, при обнаружении опухолевых клеток в краях удаленного макропрепарата или раковых эмболов в просвете лимфатических и венозных сосудов пациентам показано выполнение резецирующей операции с лимфодиссекцией [5]. По мнению большинства авторов, накопивших достоверные клинические данные, неполная резекция раннего рака желудка методом эндоскопической диссекции не является препятствием для дальнейшей полноценной хирургической или лапароскопической операции [6]. Именно поэтому чрезвычайно важным является строгое со-

блюдение методики послеоперационного патоморфологического исследования, позволяющего констатировать полноту резекции при раннем раке желудка или, в случае неполной резекции, своевременно направить больного на хирургическое вмешательство.

Представляем клинический случай диагностики и эндоскопического удаления раннего рака желудка с детальной патоморфологической оценкой удаленного новообразования.

Пациентка М., 78 лет (и/б № 5692–14) поступила для планового оперативного лечения по поводу двух эпителиальных новообразований антрального отдела желудка, выявленных при амбулаторной ЭГДС. Гистологическое исследование биоптатов, полученных из проксимального образования, свидетельствовало о наличии тубулярно-ворсинчатой аденомы желудка с тяжелой дисплазией и участками малигнизации по типу высокодифференцированной аденокарциномы.

В нашей клинике выполнено эндоскопическое исследование, во время которого подтверждено наличие двух эпителиальных новообразований, расположенных в антральном отделе желудка, на границе большой кривизны и задней стенки (рис. 1А). Дистальное новообразование имело диаметр 20 мм и располагалось на короткой ножке толщиной 10 мм (тип 0-Ip). При осмотре в узкоспектральном режиме (NBI) и с увеличением (ZOOM) на его поверхности визуализированы удлиненные и утолщенные волнистые желудочные ямки, окруженные сетью тонких и неравномерно расширенных, извитых капилляров, что соответствовало дисплазии эпителия (рис. 1Б, 1В).

Второе плоско-приподнятое новообразование (тип 0-IIa), расположенное на 2 см проксимальнее, имело размер 28x20 мм. Осмотр поверхности неоплазии в режиме NBI и ZOOM + хромоскопии

0,2% раствором индигокармина позволил выявить выраженно разнородный по размеру и форме ямочный рисунок, нечеткий на некоторых участках в центральной части образования, а также нерегулярную капиллярную сеть из выраженно извитых, неравномерно расширенных капилляров, частично прикрытых непрозрачным белым веществом, что соответствовало злокачественной неоплазии дифференцированного типа (рис. 2А, Б).

Зондовая ЭУС с частотой 12 МГц подтвердила наличие поверхностной эпителиальной опухоли размером 28x20 мм, толщиной 4 мм, однородной гипозоногенной структуры (указано стрелкой) (рис. 2В). Подслизистый слой под образованием отчетливо прослеживался на всем протяжении, с некоторым утолщением в центральной части опухоли, однако убедительных признаков инвазии в подслизистый слой выявлено не было. Парагастральные лимфоузлы отчетливо не определялись. Выполненное УЗИ и КТ брюшной полости признаков отдаленного метастазирования не выявило. Проведенное исследование позволило диагностировать злокачественную неинвазивную неоплазию (ранний рак) антрального отдела желудка 0-IIa типа без признаков лимфорегионарного метастазирования.

Эндоскопическая диссекция раннего рака 0-IIa типа выполнялась под комбинированной эндотрахеальной анестезией в положении больной на спине. Первым этапом при помощи трёхгранного электроножа была выполнена циркулярная точечная разметка по периметру опухоли на расстоянии 2–3 мм от её края. Затем, после инфильтрации подслизистого слоя путем инъекции 20 мл 0,0005% раствора адреналина на физиологическом растворе с добавлением небольшого количества 0,2% раствора индигокармина был произведен циркулярный разрез слизистой оболочки вокруг опухоли на 2 мм кнаружи от нанесённых коагуляционных меток (рис. 3). Диссекция тканей подслизистого слоя осуществлялась с использованием электроножа IT-2 knife (рис. 4). Для превентивной электрокоагуляции сосудов применялся эндопинцет.

В процессе операции мы не отметили визуальных и инструментально-пальпаторных признаков инвазивного роста опухоли. Фрагмент слизистой оболочки, несущий новообразование, без технических трудностей был мо-

билизован и отсечен от подлежащего мышечного слоя. Послеоперационный дефект размером 35x28 мм, дном которого являлся мышечный слой желудка с остатками подслизистого, был тщательно осмотрен. Мелкие тромбированные сосуды были коагулированы при помощи эндопинцета (рис. 4В). Новообразование 0-Ip типа удалено при помощи традиционной петлевой электроэксцизии. Общая продолжительность операции составила 75 минут.

Макропрепарат удаленного новообразования 0-IIa типа, имевший размер 33x25 мм, был фиксирован на ровной пластиковой поверхности, измерен и внимательно осмотрен непосредственно в эндоскопической операционной. Визуализированы контуры неоплазии, а также ранее нанесенные коагуляционные метки (рис. 5). Далее макропрепарат был помещён в емкость с 10% раствором нейтрального формалина и направлен в патоморфологическую лабораторию.

Послеоперационный период пациентки протекал в условиях хирургического отделения. Важнейшим компонентом консервативного лечения являлась адекватная антисекреторная терапия, включавшая парентеральное, а с 3 суток пероральное введение 80 мг пантопразола в сутки. С целью контроля гемостаза на 2 сутки после операции пациентке осуществлена динамическая эзофагогастроуденоскопия, при которой в дне послеоперационного дефекта размером 35x25 мм видимых сосудистых структур выявлено не было (рис. 6а).

Патоморфология удаленного новообразования 0-Ip типа соответствовала тубулярной аденоме желудка. Патоморфологическое исследование макропрепарата удаленного новообразования 0-IIa типа свидетельствовало о наличии тубулярно-ворсинчатой аденомы желудка с тяжелой дисплазией и участками малигнизации по типу высокодифференцированной папиллярной аденокарциномы (рис. 7а). Следующим этапом патоморфологической диагностики являлась оценка возможной инвазии неоплазии в подслизистый слой. С этой целью провели иммуногистохимическое исследование с моноклональными антителами Desmin. На рис. 7б хорошо визуализируется участок прорастания опухолью мышечной пластинки слизистой оболочки и инвазии в поверхностные отделы подслизистого



Федоров Е. Д.



Галкова З. В.



Бунцева О. А.



Бирюков А. Е.

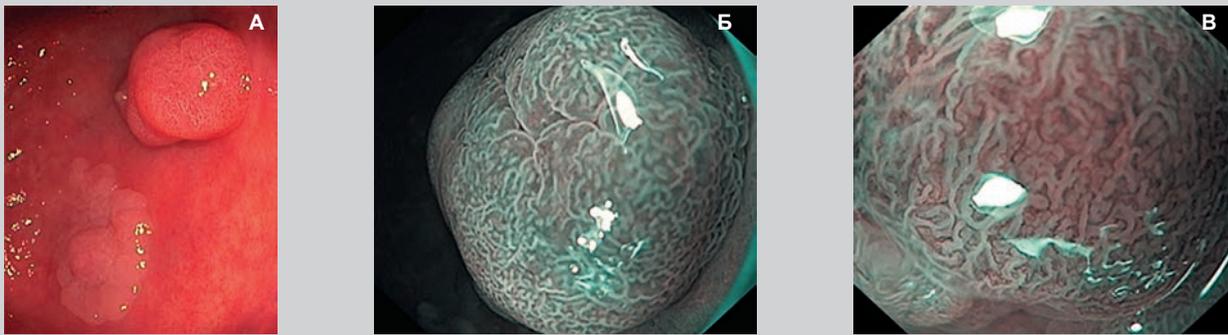


Рис. 1. Эзофагогастродуоденоскопия в белом свете и в узкоспектральном режиме
А) общий вид эпителиальных новообразований желудка в белом свете. Б) осмотр новообразования 0-Ip в узкоспектральном (NBI) режиме. В) осмотр образования 0-Ip в узкоспектральном (NBI) режиме с увеличением до 115 раз (ZOOM)

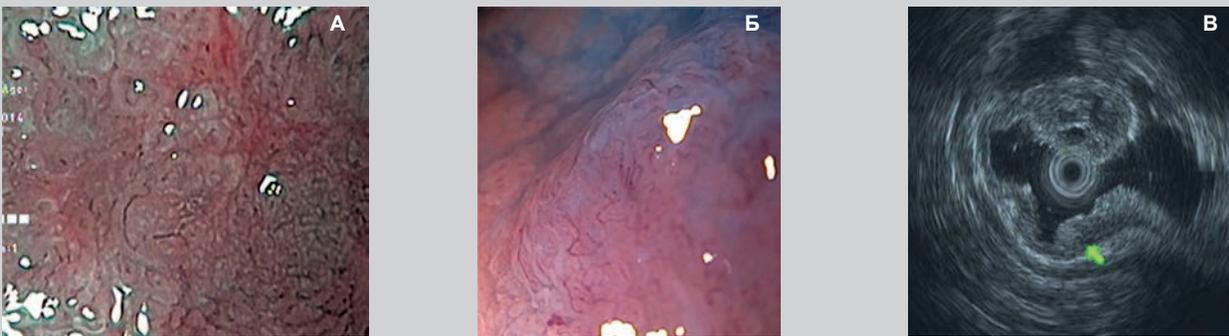


Рис. 2. Уточняющая диагностика и эндосонография новообразования типа 0-IIa
А) осмотр неоплазии в режиме NBI + ZOOM; 115x. Б) осмотр в режиме ZOOM + хромоскопии 0,2% раствором индигокармина. В) эндоскопическая ультрасонография желудка



Рис. 3. Этапы удаления поверхностной эпителиальной неоплазии желудка методом эндоскопической диссекции подслизистого слоя
А) циркулярная точечная разметка границ резекции вокруг опухоли. Б) инъекция в подслизистый слой. В) циркулярный разрез



Рис. 4. Этапы удаления поверхностной эпителиальной неоплазии желудка методом эндоскопической диссекции подслизистого слоя
А) подслизистая диссекция с помощью электроножа с изолированным наконечником (IT-2). Б) мобилизованный слизистый лоскут в финале операции. В) коагуляция эндопинцетом сосудов в дне дефекта

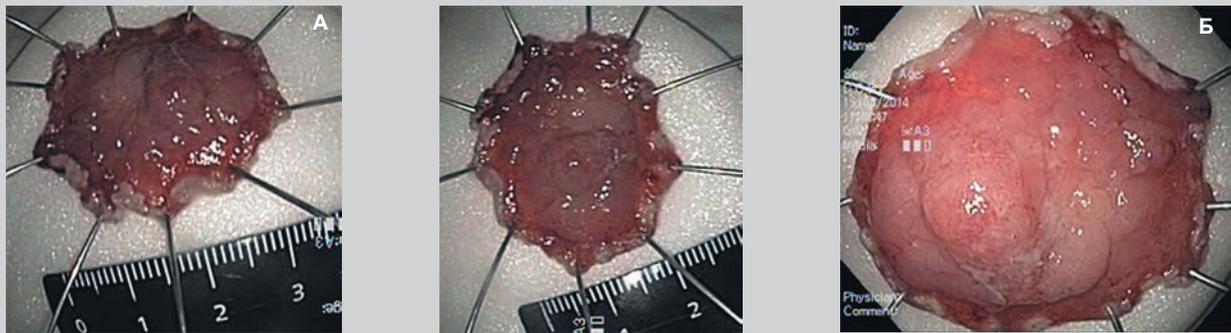


Рис. 5. Подготовка макропрепарата удаленного новообразования 0IIa типа для патоморфологического исследования
А) осмотр и измерение удаленного макропрепарата. Б) визуализация меток и контуров неоплазии

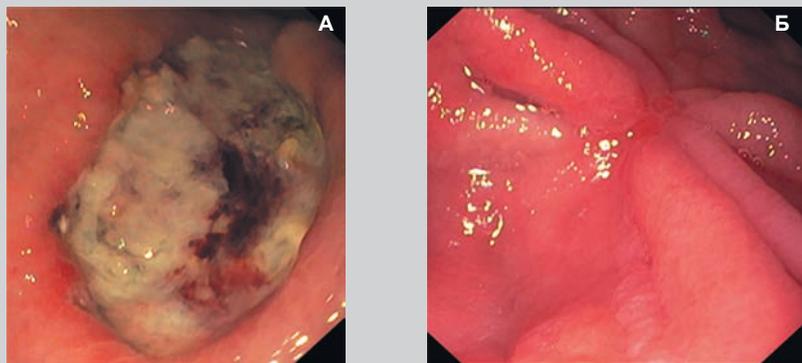


Рис. 6. Контрольный осмотр области вмешательства
А) на 2 сутки. Б) через 3 месяца

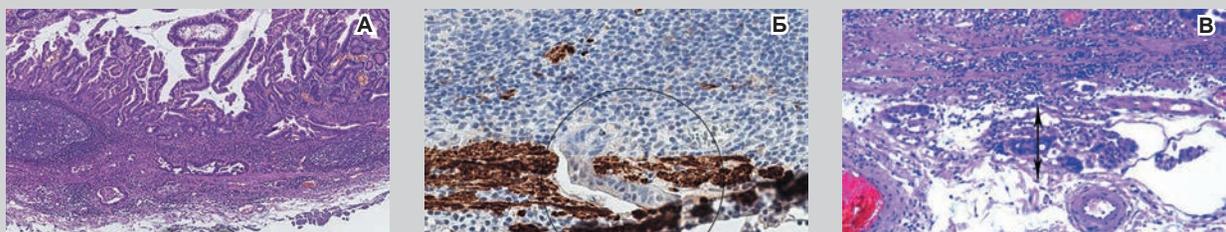


Рис. 7. Патоморфологическое исследование макропрепарата
А) высокодифференцированная папиллярная аденокарцинома; гематоксилин и эозин; 100х. Б) зона прорастания мышечной пластинки; ИГХ-Desmin; 200х. Б') глубина инвазии опухоли подслизистый слой; гематоксилин и эозин; 100х

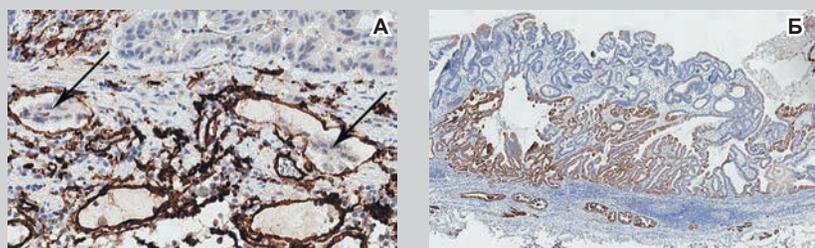


Рис. 8. Оценка состояния кровеносных сосудов и краев резекции операционного макропрепарата
А) опухолевые эмболы в просвете кровеносных сосудов; ИГХ-CD34; 200х
Б) оценка вертикального края резекции; ИГХ-СК7; 100х



Рис. 9. Эндоскопические и эндосонографические признаки местного рецидива раннего рака желудка у больной А) видеогастроскопия в белом свете. Б) осмотр в режиме NBI. В) эндосонографическое исследование желудка

слоя (отмечено овалом). Важным элементом диагностики являлась интегральная оценка глубины инвазии. На рис. 7в стрелкой указана максимальная глубина проникновения злокачественной неоплазии в поверхностные отделы подслизистого слоя, не превышавшая 500мкм.

На следующем этапе мы проанализировали возможное наличие раковых эмболов в просвете кровеносных и лимфатических сосудов. Для этого при помощи иммуногистохимического исследования изучили экспрессию CD34, цитокератина 8/18 и D2-40. На рис. 8а хорошо визуализируются раковые эмболы в просвете кровеносных сосудов (указаны стрелками). В просвете лимфатических сосудов опухолевых эмболов не выявлено. При оценке горизонтального и вертикального краев резекции с использованием цитокератина 7 опухолевых клеток не обнаружено (рис. 8б).

Обнаружение раковых эмболов в кровеносных сосудах макропрепарата удаленного новообразования свидетельствовало о его неполной резекции и являлось показанием к хирургическому вмешательству, от которого пациентка отказалась. На 6 сутки после операции больная была выписана из стационара. В течение последующего года пациентке под наблюдением онколога каждые 3 месяца осуществлялась контрольная ЭГДС, при этом в области операции визуализировалась послеоперационная рубцовая деформация без неопластических изменений (рис. 6Б). Однако при эндоскопическом исследовании, выполненном через 18 месяцев после операции, у больной обнаружены признаки местного рецидива опухоли в виде уплотнённого инфильтративного участка подковообразной формы размером 40х30 мм, с участками депрессии, покрытыми

фибрином. При осмотре в режиме NBI констатирована грубая структурная перестройка слизистой оболочки с деформацией или полным отсутствием ямочного рисунка, а также патологически извитыми, неравномерно расширенными, штопорообразными сосудами. Во время осуществления зондовой эндосонографии с частотой 12 МГц в проекции патологического участка выявлены признаки разрушения подслизистого слоя и распространения гипоехогенных тканей опухоли на мышечный слой, что свидетельствовало о рецидиве злокачественной неоплазии с инвазией в мышечный слой стенки желудка (рис. 9). Патоморфологическое исследование биоптатов, полученных из наиболее измененных участков, зафиксировало наличие изъязвленной умеренно-дифференцированной аденокарциномы желудка. В настоящее время пациентка готовится к хирургическому вмешательству.

Заключение

Несмотря на все более широкое применение методики эндоскопической диссекции подслизистого слоя при раннем раке желудка, данная операция должна выполняться по строгим показаниям с тщательным соблюдением всех этапов вмешательства. Особо важную роль имеет скрупулезное послеоперационное патоморфологическое исследование, позволяющее не только определить природу опухоли, но и оценить полноту резекции злокачественной неоплазии. Обнаружение раковых эмболов в венозных сосудах удаленного макропрепарата свидетельствует о неполном удалении раннего рака, даже при отсутствии опухолевого роста в краях резекции, и является абсолютным показанием к хирургическому резецирующему вмешательству с лимфодиссекцией.

Литература

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Клиническая хирургия. Национальное руководство. // Москва.— ГЭОТАР-Медиа.— 2009.— том 2.— 825С.;
2. Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В.. Злокачественные новообразования в России в 2008 году (заболеваемость и смертность). / Москва .—2010—256С.
3. Chiu P. W., Teoh A. Y., To K. F. et al. Endoscopic submucosal dissection (ESD) compared with gastrectomy for treatment of early gastric neoplasia: a retrospective cohort study. Surg Endosc 2012; 26:3584–3591
4. Japanese gastric cancer treatment guide-lines 2010 / Japanese Gastric Cancer Association // Gastric Cancer.— 2011.— Vol. 14.— P. 113–123
5. Jung H., Bae J. M., Choi M. G. et al. Surgical outcome after incomplete endoscopic submucosal dissection of gastric cancer. Br J Surg 2011; 98: 73–78
6. Kwon H. Y., Hyung W. J., Lee J. H. et al. Outcomes of laparoscopic gastrectomy after endoscopic treatment for gastric cancer: a comparison with open gastrectomy. J Gastric Cancer 2013; 13: 51–57

Язва желудка в сочетании с кишечной метаплазией: объективная визуализация

Рыжков В. Л., врач-эндоскопист, Митракова Н. Н., зав. эндоскопическим отделением, д.м.н.,
Фурина Р. Р., врач-эндоскопист, Голодюк Е. Н., врач-эндоскопист, Юрьева С. Н., врач-эндоскопист

ГБУ РМЭ Республиканская клиническая больница

г. Йошкар-Ола



Рыжков В. Л.



Митракова Н. Н.



Фурина Р. Р.

При неблагоприятном течении язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori* (Hр) и активном воспалительном процессе в слизистой оболочке желудка под влиянием факторов окружающей среды, вредных привычек, генетической предрасположенности усиливаются процессы пролиферации, что ведет к развитию и прогрессированию предраковых изменений в эпителии желудка. По данным ряда исследований, повреждения клеток слизистой оболочки желудка, вызывающих метапластические, диспластические изменения в эпителии желудка, связаны с аутоиммунной агрессией, индуцированной Hр. В зонах кишечной метаплазии и железистом эпителии слизистой оболочки желудка с признаками дисплазии выявляют кишечные антигены. Таким образом, ученые полагают, что трофические расстройства и диспластические изменения эпителия желудка сопровождаются антигенной перестройкой по кишечному типу, поэтому у больных язвенной болезнью, ассоциированной с Hр, нередко выявляются данные патоморфологические нарушения на фоне кишечной метаплазии.

В отделении эндоскопии Республиканской клинической больницы выполняется ежегодно от 5500 до 6000 диагностических эзофагогастродуоденоскопий, в 450–530 случаях производится забор биопсийного материала.

Кишечная метаплазия в нашем отделении гистологически выявляется при различных патологических состояниях. К примеру, из всего количества исследуемых пациентов за один 2013 год метаплазия выявлялась при различных видах гастритов — в 135 случаях (74%), подавляющем количестве случаев на фоне атрофического гастрита и при наличии желчного дуодено-гастрального рефлюкса. В меньшей степени при эрозивных, эритематозных и других гастритах. При биопсии полипов желудка гистологиче-

ское заключение кишечной метаплазии установлено в 15 случаях (8%). При биопсии с краев язв желудка в 28 случаях (15%). И при раке желудка в ряде биоптатов в 5 случаях (3%).

Полученные данные говорят о том, что зачастую результаты биопсий с краев язв желудка свидетельствуют о наличии кишечной метаплазии слизистой в зоне перифокального воспаления.

Раннее выявление желудочных предраковых изменений, в особенности, метаплазии и дисплазии слизистой желудка, может реально способствовать предотвращению развития рака желудка или его диагностике на ранних стадиях развития. Следовательно, критически важно наличие достоверных методов диагностики изменений слизистой оболочки желудка.

Стандартная диагностика предраковых изменений основана на эндоскопии и морфологическом исследовании биопсийного материала. Затруднения диагностики связаны со сложностью визуализации очагов предраковых изменений при воспалительном процессе в слизистой оболочке желудка. Зачастую сложно провести «прицельный» забор биопсийного материала. Однако, новое поколение эндоскопов позволяет использовать узкоспектральную (NBI) технологию визуализации сосудистой структуры ткани, «проявляющаяся» на поверхности слизистой оболочки кровеносные суды и другие тканевые структуры.

Вся получаемая видео-информация во время эндоскопического исследования интерпретируется врачом согласно общепринятыми эндоскопическими критериями выявления предраковых изменений. При таком подходе имеется фактор субъективного восприятия и интерпретации информации исследователем, как следствие сохраняется риск ошибки в диагностике предраковых изменений. В связи с этим, необходимо разработать

новый метод достоверной интерпретации получаемых узкоспектральных изображений.

Материалы и методы

Проводимая работа базировалась на обработке изображений желудка у пациентов эндоскопического отделения Республиканской клинической больницы г. Йошкар-Олы. Изображения были получены при помощи видеоэндоскопической системы EVIS EXERA II CV 180 (производитель «Olympus», Япония), оснащённой NBI технологией с функцией HDTV и структурной детализацией. Основу проведенного исследования составляют результаты эндоскопического исследования пациентов с метапластическими изменениями слизистой желудка.

Зоны кишечной метаплазии на NBI-изображениях, как правило, имеют цвет, приближенный к серо-зеленому, в то время как нормальная слизистая без патологии характеризуется более розовым тоном.

Каждое изображение соответствовало множеству U , элементами которого являются пиксели u . Изображение было задано в пространстве цветов RGB, т.е. цвет каждого пикселя определялся смешением красного, зеленого и синего цветов, взятых с определенным коэффициентом яркости, который, в свою очередь, был задан в диапазоне от 0 до 255. Таким образом, каждый пиксель можно представить в виде вектора $\{u_R, u_G, u_B\}$, координатами которого будут значения яркости его цветовых компонент. Множество U представляет собой массив точек (вершин векторов каждого пикселя), который формирует точечное поле в декартовом пространстве RGB. Соответственно, зоны кишечной метаплазии и слизистой без таковой характеризуются своими точечными полями. Для проведения исследования врачом-специалистом на эндоскопических снимках были выделены такие зоны. По этим данным были получены соответствующие точечные поля, цветовые характеристики элементов, изображения которых содержат достаточную информацию для классификации этих элементов. Таким образом, создание автоматизированной системы диагностики предраковых состояний основывается на дифференциации пикселей эндоскопического снимка по параметрам их светимости.

Алгоритм классификации тканей эпителия желудка

Врач-эксперт выделяет на изображении ряд участков, соответствующих ткани без патологических изменений. На основе этих данных формируется обучающая выборка значений светимости пикселей, необходимая для построения математической модели ткани желудка без метаплазии. По аналогии с этим, на основании решения врача формируется математическая модель ткани с наличием метаплазии.

Построенный классификатор позволяет отнести все пиксели изображения к тому или иному классу. Для повышения диагностической значимости такой информации на её основе синтезируется новое изображение в псевдоцветах, например, задав всем пикселям, отнесенным к патологии зеленый цвет, а пикселям не изменённой ткани — красный.

Экспериментальная проверка работы описанного выше классификатора показала, что форма участка ткани, признанной классификатором патологией, хорошо совпадает с формой визуально определяемого участка, выделенной по цвету на узкоспектральном эндоскопическом изображении. При этом величина достаточной статистики в виде отношения правдоподобия для пикселей здоровой и пораженной тканей на поверхности желудка на восемь и более порядков больше единицы. Очевидно, что между этими участками значение достаточной статистики постепенно снижается до значения единицы при попадании на здоровый участок (с учетом ее вариабельности, вызванной случайными факторами). Состояние ткани в пределах данного пограничного слоя содержит необходимую информацию для количественного определения целого ряда важных для динамики канцерогенеза факторов, в первую очередь, следующих:

1. Диагностика малых по размеру очагов метаплазии эпителия желудка;
2. Определение границы патологического очага, характеризующегося с достаточно высокими значениями отношения правдоподобия;
3. Оценка динамики распространения метапластических изменений желудка при повторных исследованиях;
4. Определение оптимальных участков для биопсии и границ изменений



Голодюк Е. Н.



Юрьева С. Н.



слизистой при необходимости хирургического (эндоскопического) вмешательства.

Обсуждение и заключение

В работе представлен вариант создания автоматизированной системы определения метапластических изменений тканей слизистой оболочки желудка. Для решения поставленной задачи используется метод многомерного статистического анализа. На основании полученных после обработки эндоскопического изображения данных строится диагностиче-

ская карта желудка, что позволит объективизировать увиденную картину, определить наиболее опасные участки, требующие пристального внимания и гистологического исследования. Кроме того, учитывая тот факт, что степень распространенности кишечной метаплазии важен для прогноза развития неопластических изменений слизистой оболочки желудка, разработанный метод значительно облегчает установление площади поражения. Предложенный алгоритм показал высокую эффективность и достаточно прост в реализации.

Эндоскопическая диагностика и лечение редких заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Соколов В. В., Сухин Д. Г., Пирогов С. С., Павлов П. В., Карпова Е. С., Погорелов Н. Н., Волченко Н. Н.

МНИОИ им. П. А. Герцена, филиал ФГБУ «НМИРЦ» МЗ РФ

г. Москва

Применение современных уточняющих эндоскопических методик, таких как узкоспектральная эндоскопия (NBI), увеличительная (ZOOM) эндоскопия, а также — эндосонография позволяет с высокой точностью диагностировать даже крайне редко встречающуюся патологию верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

С использованием данных методов за последние 5 лет в эндоскопическом отделении МНИОИ им. П. А. Герцена были выявлены редко встречающихся заболевания пищевода и желудка, в частности — эозинофильный эзофагит, папилломатоз пищевода, опухоль Абrikосова и фиброваскулярный полип пищевода, а также — эктопированная поджелудочная железа в теле желудка.

Обычно, при стандартном эндоскопическом исследовании, проводимом в условиях поликлинического звена здравоохранения, пациентам с эозинофильным эзофагитом, с учетом предъявляемых ими жалоб на плохое прохождение твердой пищи, выставляется диагноз рака пищевода с эндофитной формой роста и больные направляются в специализированные онкологические учреждения. В период с 2010 по 2015 гг в эндоскопическом отделении МНИОИ им. П. А. Герцена было выявлено 5 случаев эозинофильного эзофагита. Согласно данным литературы (D'Alessandro, 2015), эозинофильный эзофагит — хроническое иммуноопосредованное заболевание, характеризующееся выраженной инфильтрацией эозинофильными лейкоцитами слизистой оболочки пищевода и проявляющийся, в основном, дисфагией. Причины возникновения данного заболевания не до конца изучены, высказываются предположения как об аллергическом его генезе (Spergel JM, 2015), так и об аутоиммунном (Lescouffe-Desprets M, 2015). Патогномичными эндоскопическими признаками эозинофильного эзофагита можно считать выявление в пищеводе переходящих кольцевидных сокращений мышечной пластинки слизистой оболочки, продольных углублений слизистой

оболочки пищевода на всем протяжении, а также — тонкого белесоватого налета (Muller, 2012). Всем пациентам, с подозрением на эозинофильный эзофагит, нами было проведено эндосонографическое исследование, показавшее лишь незначительное утолщение слизистой оболочки с сохранением дифференцировки всех слоев стенки пищевода. При морфологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки пищевода определена выраженная эозинофильная инфильтрация ее стромы. Впоследствии все пациенты были направлены в специализированные гастроэнтерологические учреждения для проведения консервативного медикаментозного лечения.

Еще одним редко встречающимся заболеванием пищевода является папилломатоз. Данная патология, в отличие от единичных плоскоклеточных папиллом, встречается крайне редко (менее 0,05% среди всех новообразований пищевода) и связан с инфицированием вирусом папилломы человека (HPV) высокого онкогенного риска (16, 18, 31). В мировой литературе описаны лишь несколько случаев папилломатоза пищевода. В нашем отделении накоплен большой клинический опыт диагностики и лечения папилломатоза гортани, однако папилломатоз пищевода был выявлен нами лишь в одном случае. В данном клиническом наблюдении у пациента 34 лет, направленного в наш институт с диагнозом «рак пищевода», в средне- и нижнегрудном отделах пищевода были выявлены множественные (более 100) сливающиеся между собой белесоватые листовидные плоскоклеточные папилломы размерами от 0,2 до 0,6 см. Согласно данным литературы, папилломатоз пищевода является предраковым заболеванием с высоким риском малигнизации. Согласно данным литературы, для лечения пациентов с папилломатозом пищевода наиболее часто применяются методы радиочастотной абляции слизистой оболочки, однако применение фотодинамической терапии (ФДТ) также признается эффективным (Kibria R, 2009). В описанном клиническом



Соколов В. В.



Сухин Д. Г.

случае нами было проведено комбинированное лечение — петлевая электрорезекция наиболее крупных папиллом с последующей ФДТ. Пациент находится под строгим динамическим наблюдением, в течение 1 года после лечения рецидива заболевания у него не выявлено.

Опухоль Абрикосова (зернистоклеточная опухоль) относится к редким (менее 0,001 % среди всех опухолей ЖКТ) медленно развивающимся опухолям желудочно-кишечного тракта, развивающихся одновременно, как из эпителиальных, так и из неэпителиальных закладок. Потенциал малигнизации данных новообразований до конца не определен, однако большинство авторов (Galanopoulos M, 2015, Schelling M, 2009) считают его невысоким. Как правило, опухоль Абрикосова, протекает бессимптомно вследствие небольших (до 1 см.) ее размеров и диагностируется случайно после морфологического исследования биоптатов. При эндоскопическом исследовании в белом свете опухоль визуализируется как желтоватое полушаровидной формы не смещаемое образование, слизистая оболочка над ним чаще всего фиксирована. Для дифференциальной диагностики используется эндоскопическое исследование, выявляющее неравномерно гипоезогенное образование, исходящее из стромы подслизистого слоя стенки пищевода. Нами было выявлено 17 случаев опухоли Абрикосова в пищеводе, наиболее часто опухоли локализовались в шейном и верхнегрудном его отделах пищевода, средний размер новообразования — 0,7 см. Согласно данных литературы (Hong-Qun Wang, 2015) в случаях выявления опухолей размерами менее 1 см с низким уровнем пролиферативной активности (Ki-67 менее 3%) возможно динамическое наблюдение, опухоли с большим (3–10%) индексом пролиферации размерами до 3 см возможно удалить с применением методов эндоскопической резекции слизистой оболочки пищевода, а также — эндоскопической туннельной диссекции. При опухолях размерами более 3 см с высоким уровнем пролиферативной активности рекомендуется радикальное хирургическое вмешательство.

Во всех случаях опухоли Абрикосова в пищеводе нами выполнялась эндоскопическая петлевая электрорезекция слизистой оболочки с последующим ушиванием пострезекционного дефекта клипсами с лечебно-диагностической целью во всех случаях, осложнений в процессе вмешательства, рецидивов опухоли после лечения отмечено не было.

Фиброваскулярный полип пищевода — редко встречающееся доброкачественное новообразование пищевода (менее 0,1% от всех заболеваний пищевода), которое относится к быстрорастущим опухолям, развивающимся из стромы подслизистого слоя стенки пищевода (Naytuglu S, 2015). Чаще всего фиброваскулярный полип встречается в проксимальных отделах пищевода и, на начальном этапе развития, характеризуется, как правило, бессимптомным течением. Основным симптомом, возникающий у пациентов с фиброваскулярными полипами пищевода — ощущение инородного тела и дисфагия, также у них могут отмечаться не купируемый рефлексорный кашель. Такие больные обычно поступают в онкологические учреждения с предварительным диагнозом «рак пищевода». При эндоскопическом исследовании в белом свете фиброваскулярный полип пищевода визуализируется как овоидное образова-

ние крупных размеров, имеющее тонкую, зачастую натянутую, ножку, покрытое неизменной слизистой оболочкой (Cuk V, 2015). С целью дифференциальной диагностики данной патологии обычно используется эндоскопическое исследование, выявляющее гетерозоногенной эктоструктуры образование с обильной васкуляризацией, исходящее из подслизистого слоя стенки пищевода. Ножка опухоли обычно также гипervasкуляризована. Основная тактика в лечении больных с фиброваскулярными полипами пищевода — внутрисветовое эндоскопическое или торакоскопическое хирургическое вмешательство (Lobo N, 2016, Mishra PK, 2012). Мы располагаем 4 клиническими наблюдениями пациентов с фиброваскулярными полипами верхнегрудного и шейного отдела пищевода (средний размер — 2,6 см), всем им было выполнено радикальное эндоскопическое удаление методом петлевой электроэксцизии с предварительным лигированием ножки образования пластиковыми лигатурами, осложнений после вмешательства и рецидивов выявлено не было.

Эктопированная поджелудочная железа в стенке желудка достаточно часто (0,5–13% среди всех новообразований верхних отделов ЖКТ) встречается в выходном отделе желудка, случаи выявления таких образований в теле желудка — единичны (Attwell A, 2015). Эктопированная поджелудочная железа в желудке имеет характерную эндоскопическую картину в виде выступающего узлового «подковообразной» формы образования, зачастую — с втяжением и устьем выводного протока в центральной его части. При эндоскопическом исследовании в таких случаях выявляется образование, исходящее из глубокой части слизистой оболочки, зачастую — с наличием гипоезогенного выводного протока в центре. Редким можно считать случай эктопированной поджелудочной железы размерами 2,5 см в средней трети тела желудка, выявленный в нашем институте, у больной направленной с диагнозом гастроинтестинальной стромальной опухоли. При эндоскопическом исследовании с частотой 20МГц было выявлено, что образование умеренно гипоезогенно, имеет дольчатую структуру с четко визуализируемым выводным протоком в центре, по результатам тонкоигольной пункции под контролем эндоскопии в образовании была подтверждена ацинарная структура ткани поджелудочной железы. Необходимо отметить, что выполнение форсепт-биопсии из центра эктопированной поджелудочной железы зачастую может быть сопряжено с риском развития в ней острого панкреатита (Lee SJ, 2014). Согласно данным литературы (Gong EJ, 2015), применение метода эндоскопической резекции слизистой оболочки с диссекцией в подслизистом слое для удаления эктопированной поджелудочной железы оправдано только в при рецидивирующих панкреатитах, проявляющихся болевым синдромом в эпигастрии, во всех остальных случаях рекомендуется динамическое наблюдение.

Таким образом, выявление редких заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта возможно при знании их эндоскопической семиотики и использовании современных уточняющих эндоскопических методик. Такой подход позволяет не только поставить правильный диагноз, но и провести органосохраняющее внутрисветовое эндоскопическое лечение.

Эндоскопические методы лечения у больных с нерезектабельными стадиями рака пищевода

Струцкий Л. П., Лигай Р. Е., Хусанов А. М., Омонов Р. Р., Ажимуратов М. Т.

АО «РСЦХ им. акад. В. Вахидова»

г. Ташкент, Узбекистан

Цель

Изучить характер эндоскопических методов лечения больных с нерезектабельными стадиями рака пищевода (РП).

Материал и методы

Отделение хирургии пищевода и желудка РСЦХ им. акад. В. Вахидова располагает опытом стационарного лечения 182 больных с нерезектабельными стадиями РП.

Локализация РП: верхняя треть грудного отдела пищевода у 6(3,2%), верхняя и средняя треть у 15(8,2%), средняя треть у 60(32,9%), средняя и нижняя треть у 50(27,5%) и нижняя треть у 51(28%) больных.

Протяженность опухоли устанавливалась на основании эндоскопического и рентгенологического исследований: у 29(15,9%) — от 3 до 5 см, у 80(43,9%) — от 6 до 8 см, у 55(30,2%) — от 8 до 10 см и у 18(9,9%) пациентов — более 10 см.

Результаты и обсуждения

Всем 182 больным выполнены современные эндоскопические вмешательства, которые относятся к миниинвазивным хирургическим манипуляциям.

Эндоскопические вмешательства разделены на 3 группы: диатермотуннелизация — у 31(17%) боль-

ного; бужирование — у 18(9,9%); стентирование — у 133(73,1%) больных.

Эндоскопическая диатермотуннелизация (ЭДТ) — поэтапное расширение просвета стенозирующей опухоли пищевода с помощью электрода — выполнена у 31(17%) 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 2,4см — выполнено у 18(9,9%) больных.

Эндоскопическое стентирование (ЭС) пищевода — установка силиконовых стентов в просвет стенозирующей опухоли, выполнено у 133(73,1%) больных. При этом в 64 случаях первым этапом выполнена ЭДТ, в 30 — ЭБ и у 39 больных — использовано прямое стентирование.

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.

Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Аспекты эндоскопического гемостаза

Стручкова Е.Ю., к.м.н., зав. эндоскопическим отделением ГБУЗ ГКБ № 52 ДЗМ

Фомин В.С., к.м.н., доц. кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России

Бархатова И.В., врач-эндоскопист, ГБУЗ ГКБ № 52 ДЗМ

Стручков В.Ю., студент 6-го курса ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России

Могильницкий И.Е., врач-эндоскопист, ГБУЗ ГКБ № 52 ДЗМ

г. Москва



Стручкова Е.Ю.

Актуальность

Среди «проблемных» заболеваний в ургентной абдоминальной хирургии на протяжении десятилетий считаются гастродуоденальные кровотечения. Несмотря на многочисленные научно-технические достижения и национальные клинические рекомендации РОХ (Российское Общество Хирургов) по язвенным желудочно-кишечным кровотечениям (ЖКК), принятые в 2014 г. до настоящего времени остаются дискуссионными различные варианты лечебно-диагностических подходов к достижению эффективного гемостаза. Лечение больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями — сложная проблема, требующая привлечения значительного количества специалистов, а именно тесного взаимодействия эндоскопистов, хирургов и анестезиологов-реаниматологов. Общая летальность от язвенных ЖКК по ГКБ № 52 составила 2,1%, а послеоперационная летальность по поводу язвенных ЖКК составила 15,4% случаев. Учитывая высокий уровень летальности после экстренных операций по поводу ЖКК и все более популярную активно-выжидательную тактику, именно эндоскопистам отводится наиболее важная роль в лечении гастродуоденальных кровотечений.

Цель

Ретроспективный анализ различных вариантов эндоскопического гемостаза.

Материалы и методы

В данной работе нами был представлен опыт лечения 722 больных поступивших в период с января 2010 по март 2015 года, в хирургические отделения ГБУЗ «ГКБ № 52» ДЗМ с диагнозом: «Желудочно-кишечное кровотечение». Следует отметить что в данный анализ были

включены пациенты исключительно с язвенным гастро-дуоденальным поражением. Всем пациентам при поступлении в стационар выполнялось стандартное обследование включающее осмотр хирурга приемного отделения, ОАК и проведение экстренной ЭГДС после промывания желудка.

Средний возраст пациентов составил $54,72 \pm 9,34$ лет, что еще больше подчеркивает социальную значимость изучаемой проблемы. Гендерное распределение характеризовалось значительным преобладанием доли мужского населения в изучаемой группе: мужчин-513(71,0%), женщин-209(29,0%). Основная масса пациентов была госпитализирована в сроки до 24 часов с момента начала заболевания, однако примерно 1/4 больных поступала с большей экспозицией амбулаторного периода.

За основу ведения больных нами были взяты национальные клинические рекомендации разработанные Щеголевым А.А. и принятые на согласительной конференции в Воронеже в 2014 г, а также нормативные документы (приказы ДЗМ №№ 181 и 320 соответственно), МЭЛС г. Москвы.

Результаты

При проведении экстренной ЭГДС было выявлено, что источником кровотечения у 378 (52,3%) — язвы желудка, у 290 больных (40,2%) была выявлена язва двенадцатиперстной кишки, у 29 (4,0%) — сочетанная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, у 21 (2,9%) — язва гастроэнтероанастомоза, и у 34 (2,6%) пациентов мы столкнулись с синдромом Дъелафуа (ангиодисплазия-сосудистая мальформация с локализацией в субкардиальном отделе желудка).

Для оценки источника кровотечения мы использовали классификацию язвенных гастродуоденальных кровотечений по Forrest (J. Forrest 1987 г.). Выявлено

- Forrest 1A- 96 (13,3%) больных
- Forrest 1B –134 (18,6%) больных
- Forrest 2A –143 (19,8%) больных
- Forrest 2B –175 (24,2%) больных
- Forrest 2C — 128 (17,7%) больных
- Forrest 3–46 (6,4%) больных

При наличии сгустка в дне язвы он полностью удался с помощью орошения с последующей обработкой язвы, с целью правильной диагностики подлежащих повреждений с воздействием на них гемостатическими, фармацевтическими или комбинированными методами

Следует отметить что в 67% (n=484) случаев мы столкнулись с острыми язвами, и только в 33% (n=238) причиной кровотечения явилось осложненное течение язвенной болезни.

В 75,9% случаев (n=548), нами проводился лечебный, либо профилактический эндоскопический гемостаз, в зависимости от интенсивности кровотечения, в 24,1% (n=174) больных источник кровотечения был оценен по классификации J. Forrest 2C и 3, что не потребовало каких либо действий.

Основные методы эндоскопического гемостаза использованные нами:

- инъекционный метод (гипертонический раствор + раствор адреналина) - в 38% случаев (n=274).
- комбинированный метод (инъекционный метод с последующей диатермокоагуляцией) — в 27% случаев (n=195)
- комбинированный метод — (инъекционный метод с последующей аргано-плазменной коагуляцией) — в 27% случаев (n=194)
- клипирование одиночного сосуда в язве — у 9% больных (n=43)

Всем больным после проведения эндоскопического гемостаза проводилось контрольное эндоскопическое исследование через 2 часа, с оценкой эффективности гемостаза.

Эндоскопические методы гемостаза в группе больных с язвенными кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта позволили остановить кровотечение в 89,2%.

Добиться окончательной остановки кровотечения при применении изолированно инъекционной методики удалось в 65,38%(n=179). У 95 пациентов (34,6%) при проведении контрольной ЭГДС был выявлен рецидив кровотечения в связи с недостаточной эффективностью данной методики в моно варианте.

При использовании комбинированного метода включающего в себя: инъекционный метод с последующей диатермокоагуляцией (n=195), удалось добиться

надежного гемостаза с первой попытки в 89,8% (n=175) наших наблюдений, в остальных 10,2% (n=20) был обнаружен рецидив кровотечения.

При применении комбинированного метода с применением инъекционного метода с последующей аргано-плазменной коагуляцией (n=194) остановить кровотечение с первой попытки удалось в 92,6% (n=180) наблюдений, у 14 больных возник рецидив.

При клипировании одиночного сосуда в язве (n=43), в 95,4%(n=41) наших наблюдений рецидива кровотечения не наблюдалось, однако у 2 (4,6%) больных возник рецидив кровотечения из-за миграции клипс, что потребовало повторного эндоклипирования сосуда.

Используя фармакологический гемостаз мы преследуем цели: Формирование тромба, ретракция тромба, защита тромба от лизиса. Реализация сосудистотромбоцитарного и гемокоагуляционного компонентов гемостаза происходит при pH > 4,0 (Lanas A., Artal A., Bias J., et al. Effect of parenteral omeprazole and ranitidine on gastric pH and the outcome of bleeding peptic ulcer. // J Clin Gastroenterol.— 1995. Vol. 21(2).— p. 103–106).

Поэтому, наряду с проведением эндоскопического гемостаза с первых часов госпитализации больного, мы проводили таргетную антисекреторную противоязвенную терапию путем применения современных антисекреторных средств, а именно — ингибиторов протонной помпы (Внутривенно болюсно с последующей непрерывной инфузией после эндоскопического гемостаза в течение 72 часов).

Оперированно было 10,8% больных (n=78), среди них 53 (67,8%) экстренных операций в связи с неэффективностью эндоскопического гемостаза и 25 (32,2%) срочных оперативных вмешательств в связи с высоким риском рецидива кровотечения.

Общая летальность по ГКБ№ 52 по язвенным гастродуоденальным кровотечениям составила 2,1%(n=15).

Заключение

Принимая во внимание не уменьшающуюся частоту регистрации желудочно-кишечных кровотечений в последние годы, проблема малоинвазивного лечения подобных больных представляет собой актуальную задачу современного здравоохранения. Согласно результатам нашей клиники мы с уверенностью можем сказать что «золотым стандартом» эндоскопического гемостаза у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями являются комбинированные методики (Инфильтрация+диатермокоагуляция, либо АПК, либо клипирование) с возможностью круглосуточной реализации любого из вышеописанных способов. А залогом успеха выздоровления данной группы пациентов является комплексный подход включающий в себя помимо эндоскопического воздействия, медикаментозный гемостаз.

Возможности эндоскопического применения гемостатического препарата «Гемоблок» в комплексном лечении осложненного течения эрозивно-язвенной патологии верхнего отдела пищеварительного тракта

Терещенко С. Г., д.м.н., руководитель эндоскопического отделения

Мечева Л. В., м.н.с. эндоскопического отделения

ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского»

г. Москва

Проблема кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта продолжает оставаться актуальной. Такая ситуация определяется большим количеством нозологических форм заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ), осложняющихся кровотечениями: собственно язвенной этиологии а также геморрагическими осложнениями, вызываемыми другими причинами. Хирургическое вмешательство по поводу осложненного течения язвенной болезни, а также в связи с коррекцией сопутствующей патологии на фоне язвенного кровотечения не всегда безопасно и часто приводит к неудовлетворительным результатам лечения. Результативность внутриорганных лечебных вмешательств, нацеленных на остановку кровотечения и его рецидивов, определяет дальнейшую тактику лечения не только патологии вызвавший кровотечение, но сопутствующих заболеваний.

В настоящее время в клинической практике появилось новое гемостатическое средство местного применения — препарат «Гемоблок». «Гемоблок» является местным гемостатиком и зарегистрирован в РФ как медицинское изделие. В его состав входит неполная серебряная соль полиакриловой кислоты, содержащая наночастицы серебра, это обуславливает выраженное бактерицидное и бактериостатическое действие гемоблока. Гемостатический эффект достигается в течение 1–2 мин. за счет образования Гемоблоком сгустка с белками плазмы крови (главным образом, альбумином). Последние исследования, проведенные в лаборатории Московского областного НИИ крови, показали, что механизм действия гемоблока не зависит от концентрации белковых кровесвертывающих факторов в плазме крови, но зависит, главным образом, от содержания альбумина.

На первом этапе действия препарата складывается полиакриловая матричная структура, содержащая молекулы альбумина в ячейках полиакриловой матрицы. Такая структура является первичной и во время ее существования невелика, поскольку полиакрилат-анион не устанавливает сильные связи с молекулами белка и удерживается лишь за счет слабых взаимодействий. Однако эта структура является первичным организатором устойчивой пленки.

На следующем этапе ионы серебра восстанавливаются молекулами альбумина, образуя устойчивый комплекс: полиакрилат-анионы образуют прочную связь с положительно заряженными молекулами белка. Такая структура упаковывается в несколько микрослоев, создавая прочную полиметакрилатную пленку на поверхности раны. При этом восстановленное металлическое серебро в комплексе с белками является мощным бактерицидным фактором, что предупреждает вторичные инфекции при использовании гемоблока. В дальнейшем поверхностная структура гемоблок-белок замещается фибрином. А полиакрилатная матрица плазмолизует в течение суток.

Цель настоящего исследования — оценка эффективности эндоскопического гемостаза препаратом «Гемоблок» у больных с гастродуоденальными кровотечениями.

Под наблюдением находилось 66 пациентов с осложненным течением эрозивно-язвенной патологии верхнего отдела пищеварительного тракта. Среди них было 56 мужчин и 10 женщин. Больные были в возрасте от 24 до 82 лет, среднее значение возраста пациентов составило $62,2 \pm 3,5$ года. По возрастным группам больные распределились следующим образом: 15–29 лет — 4, 30–44 года — 14, 45–59 лет — 10, 60–74 года — 32, более 75 лет — 6.

По локализации поражений: в желудке у 36, в двенадцатиперстной кишке (ДПК) — у 12, в оперированном желудке — у 4, сочетанные поражения в желудке и в ДПК отмечены у 14. Одновременное наличие эрозивных и язвенных дефектов отмечено у 28 пациентов, только эрозий у 30, только язв у 8. Размер язв составил от 6 мм до 20 мм, среднее значение размера язвенного дефекта было равно $9,8 \pm 0,6$ мм.

Всем больным на фоне продолжающегося кровотечения было проведено орошение эрозивно-язвенных дефектов препаратом «Гемоблок» через катетер, проведенный в инструментальный канал эндоскопа. При выявлении кровотечения из язвы при наличии тромбированного сосуда в дне после орошения «Гемоблоком» гемостаз дополняли эндоскопическим клипированием.

Сочетанные эрозивно-язвенные поражения желудка и ДПК имели место у 16 пациентов в возрасте от 61 до 74 лет, среднее значение возраста составило $70,3 \pm 2,0$ года. При этом эрозивное поражение желудка и ДПК отмечено у 8 пациентов, наличие язвы в ДПК на фоне эрозивного поражения одновременно желудка и луковицы ДПК имелось у 8 больных. Размер язв был от 6 до 20 мм, в среднем составил $12,2 \pm 1,1$ мм. Множественные эрозии в дне и теле желудка выявлены в 6 наблюдениях, в антральном отделе — в 10. Язвы ДПК в 4 наблюдениях локализовались на передней стенке и в 4 на задней стенке. Лечебное эндоскопическое вмешательство привело к остановке кровотечения при эрозивном поражении у 8 больных (100%), при эрозивно-язвенном у 6 (75%).

Эрозивно-язвенное поражение желудка имело место у 20 пациентов в возрасте от 42 до 74 лет, среднее значение возраста составило $55,3 \pm 4,5$ года. Только эрозии желудка отмечены у 5 пациентов, наличие язвы в желудке дополнялось его эрозивным поражением у 16 больных. Размер язв варьировал от 6 до 20 мм, в среднем составил $10,6 \pm 0,9$ мм. Кровотечение из множественных эрозий проксимальных отделов желудка отмечено у 4 больных. Кровоточащие язвы располагались в 4 наблюдениях на передней стенке желудка, в 6 — на задней, в 2 — по большой кривизне антрального отдела желудка, в 4 — в средней трети тела желудка на передней и задней стенке. Эндоскопический гемостаз был эффективным при эрозивном поражении у 4 больных (100%), при язвенном поражении в сочетании с эрозиями у 12 (75%).

Кровотечения из эрозивно-язвенных дефектов луковицы ДПК имели место у 8 пациентов: 4 мужчин и 4 женщин в возрасте от 24 до 86 лет, среднее значение возраста составило $48,4 \pm 9,1$ года. Кровоточащая язва луковицы 12 перстной кишки была у всех 8 больных с локализацией у 4 на передней стенке, у 2 — на нижней и у 2 на верхней. В 4 случаях кровотечения из язвенных дефектов усугублялись капиллярным кровотечением из множественных эрозий. Размер язв был от 7 до 15 мм, в среднем составил $9,2 \pm 0,7$ мм. Эндоскопический гемостаз был эффективным у 8 (100%) больных.

Кровотечения из эрозивно-язвенных поражений зоны анастомоза оперированного желудка имели место у 4 пациентов: у 2 мужчин и 2 женщин в возрасте от 72 и 78 лет. Положительный результат эндоскопического гемостаза орошением препаратом «Гемоблок» был достигнут во всех наблюдениях (100%).

«Гемоблок» для достижения стабильного гемостаза при кровотечениях из эрозий и язв ВОПТ применяли так же у больных при проведении экстренной и сроч-

ной хирургической коррекции сердечно-сосудистой патологии (реконструктивные операции на коронарных артериях, магистральных артериях и аорте). Эрозивно-язвенные поражения ВОПТ у данного контингента больных широко распространены и являются относительным противопоказанием к оперативному вмешательству по поводу основного заболевания.

Под наблюдением было 18 пациентов: 14 мужчин и 4 женщины в возрасте от 40 до 84 лет, среднее значение возраста составило $66,5 \pm 5,2$ года. У 3 больных были выявлены язвы (до 10 мм в диаметре) антрального отдела желудка, у 2 пациентов единичные язвенные дефекты размером 5 мм локализовались в луковице ДПК и сочетались с множественными эрозиями желудка. У 8 больных эрозии локализовались в желудке, у 5 — в ДПК, у 3 было сочетанное эрозивное поражение желудка и луковицы ДПК.

Эндоскопический гемостаз был эффективным у всех 18 (100%) пациентов, что позволило провести и закончить оперативное вмешательство по поводу основного заболевания, избежав возможной дополнительной кровопотери из-за возникновения гастродуоденальных кровотечений. В процессе динамического наблюдения в послеоперационном периоде при контрольной гастроскопии производили дополнительный профилактический эндогемостаз (орошение эрозий препаратом «Гемоблок»). Рецидив кровотечения, потребовавший экстренного эндоскопического вмешательства и повторного гемостаза, был у 2 пациентов. При эндоскопическом исследовании у одного из них были выявлены две острые язвы субкардиального отдела желудка, у другого — острая язва луковицы ДПК, активность язвенного кровотечения по Forrest у обоих пациентов была оценена как 1В. Проведен эндоскопический гемостаз (орошение «Гемоблоком» в сочетании с клипированием). Оба пациента в дальнейшем, имели летальный исход, обусловленный основным заболеванием, а именно его осложнениями в раннем послеоперационном периоде.

Выводы

Применение гемостатического препарата «Гемоблок» в комплексном лечении эрозивно-язвенной патологии ВОПТ, осложненной кровотечением, патогенетически обосновано. Эндоскопическое применение данного препарата позволяет не только достигнуть гемостаза, но и провести полноценную срочную хирургическую коррекцию сердечно-сосудистой патологии у больных с сопутствующим эрозивно-язвенным поражением ВОПТ, существенно снижая риск дополнительной кровопотери, возникающий на фоне введения антикоагулянтов.

Особенности диагностических критериев и выявляемости язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях Национального диагностического, лечебного и учебного центра Республики Таджикистан

Хакимов С.К., зав. отделом эндоскопических исследований

Нодирова Э.У., зам. директора

Махмадов Б.Р., врач-эндоскопист

НДЛУЦ

г. Душанбе, Таджикистан



Хакимов С.К.



Нодирова Э.У.



Махмадов Б.Р.

Цель исследования

Дать оценку и определить новые этиопатогенетические факторы развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов различных возрастных контингентов, разработать диагностические критерии для диагностики данных заболеваний в условиях Национального диагностического, лечебного и учебного центра Республики Таджикистан.

Задачи исследования

1. Определить частоту выявления язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в зависимости от пола, возраста и сезона.
2. Изучить возможности диагностики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с помощью лабораторных инструментальных методов исследования.

Материал и методы

В исследование включена деятельность отдела эндоскопических исследований НДЛУЦ за последние 15 лет — с 2001 по 2015 гг., где произведено 47935 эзофагогастродуоденоскопий (ЭГДС). Из общего числа осмотренных в 8668 случаев были выявлены язвенные дефекты — 762 (8,79%) в желудке и 7906 (91,21%) в двенадцатиперстной кишки (ДПК). Мужчин было 5461 (63,00%), женщин 3207 (37,00%), т.е. в соотношении 1,7:1,0. Соотношение мужчин и женщин в возрасте до 39 лет составляет 2,5:0,76, а старше 50 лет 1:1,24.

ЭГДС с 2001 по 2010 гг. производились гастроскопами фирмы «Olympus» (Япония) GIF-Q-40, а с 2011 года видеогастроскопами фирмы «Pentax» (Япония) с процессором ЕРК-1000.

Учитывая сезонность язвенной болезни (весна, осень) мы определили количество пациентов в различное время года: в осенне-весенний период было 5897 пациентов (68,03%) и в летне-зимний — 2771 (31,97%). По нашим наблюдениям язва желудка чаще встречалась в возрасте 40–49 лет — 187 случаев (24,54%), 50–59 лет — 151 случаев (19,82) и меньше всего в возрасте до 20 лет — 19 (2,49%). Язва ДПК больше всего встречается в возрасте 20–29 лет — 1951 (24,99%) и в 30–39 лет — 1603 (20,5%), меньше всего было выявлено в возрасте за 60 лет — 751 (9,62%)

Во время исследований 6018 (69,42) пациентам выполнены экспресс-диагностика хеликобактериоза (НР) по уреазной активности биоптата (in vitro), и 2254 (26,00%) проведена ИФА на НР. По результатам тестирований и анализа положительная реакция была у 658 (89,52%) из 735 больных с язвенной болезнью желудка, а также 6284 (83,37%) из 7537 больных с язвенной болезнью ДПК. Следует отметить, что положительные результаты тестов из 817 случаев язв желудка и ДПК у больных старше 60 лет в 802 (98,16%) были положительными.

Выводы

Учитывая актуальность проблемы язвенной болезни желудка и ДПК, которая широко распространена во всем мире и по данным разных авторов составляет от 6 до 11% населения, нами проведен анализ посещаемости и выяв-

ляемости этой патологии в условиях Национального диагностического, лечебного и учебного центра (НДЛУЦ) республики Таджикистан за период с 2001 по 2015 годы. Однако все цифры анализа, также как и данные других авторов не дают полного представления об истинной частоте заболевания, в частности язвенной болезни (ЯБ), поскольку главным образом основываются на степени обращаемости больных за медицинской помощью, что зависит от социально-экономического положения населения в разных регионах мира и Таджикистана в том числе.

Соотношение язв желудка и ДПК во многом зависит от возраста, пола пациентов и сезонности обострений и составил 1:10. У лиц молодого возраста преобладают дуоденальные язвы — 12:1 (в возрасте старше 60 лет — 2:1), тогда, как в среднем по странам Европы и США равняется соответственно 1:4, в Индии 1:19 а в Японии, напротив, преобладает желудочная локализация язв (2:1). Проведенный анализ показывает, что мужчины болеют чаще женщин (4:1). Однако соотношение мужчин и женщин, страдающих язвенной болезнью, колеблется в зависимости от возраста пациентов. Так, мужчины в молодом возрасте болеют язвенной болезнью в 3–5 раз чаще женщин, а возрасте старше 50 лет (в период или после менопаузы у женщин) эта разница нивелируется.

В последние десятилетия наблюдается заметное увеличение частоты развития язвенной болезни у женщин, что обусловлено стрессовыми ситуациями, более частым употреблением анальгезирующих средств и нестероидных противовоспалительных препаратов, также с нарушениями гормональной функции яичников и в наших условиях связано с долгим отсутствием мужчин в связи с трудовой миграцией. Анализ показывает, что увеличение числа лиц 20–29 лет, страдающих язвенной болезнью, составляющее 24,99% от всех больных, по всей видимости, связано с их попаданием в условия повышенного стресса (первые шаги к самостоятельной жизни, учёба в ВУЗ-ах, призыв и служба в рядах Вооруженных сил и др).

В обзоре литературы обсуждаются современные взгляды на патогенез язвенной болезни желудка и ДПК, включая значение хеликобактерной инфекции (НР), у пациентов различных возрастных групп. Также многочисленными исследованиями доказана роль НР в патогенезе ЯБ и влияния на слизистую оболочку, усиливающих патогенное действие, где НР поддерживает хроническое течение заболевания, создавая угрозу ре-

цидива (Маев И.В, Самсонов А.А, 2006; Калинин А.В., 2008). По нашим данным положительная реакция при ЯБ желудка составила 89,52% и ДПК 83,37% соответственно, а у пациентов старше 60 лет около 96%, что вероятно связано с прогрессированием атрофии слизистой с возрастом.

На течение ЯБ влияет сезонность — неблагоприятное время для многих больных весна-осень (68,03%). У больных с неосложненной ЯБ — под влиянием климатических условий (температура воздуха, колебания барометрического давления и др. факторов) нарушается реактивность организма, что приводит к нарушению функций желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, анализ показал, что за последние годы во многих странах мира, в том числе и в Таджикистане, отмечается тенденция к снижению заболеваемости ЯБ, а также количества госпитализаций, частоты оперативных вмешательств и летальных исходов при этом заболевании. В отдельных случаях наблюдалась увеличение частоты ЯБ, что по всей видимости, объясняется не истинным ростом заболеваемости, а улучшением качества диагностики, в том числе внедрением новых технологий в эндоскопической службе, с использованием дополнительных лабораторных исследований.

В типичных случаях диагностика ЯБ не вызывает трудностей. Можем подчеркнуть, что ЯБ прежде всего встречается у лиц мужского пола, начинается еще в молодом возрасте и лишь как исключение — в пожилом. У женщин эта болезнь развивается в основном в зрелом возрасте. В основном часто встречается весной и осенью. Но все это относится к классическим примерам, а в жизни данное заболевание может встретиться в любом возрасте, у людей обоего пола и различной конституции, в любое время года. И до широкого внедрения в клиническую практику ФЭГДС, рентгенологический метод был ведущим в диагностики ЯБ. а подлинную революцию в диагностике ЯБ произвела ФЭГДС — метод который нашел самое широкое применение и позволяет в основном решить все диагностические проблемы, даже при самых атипичных формах клинического течения язвы. Современное эндоскопическое оборудование точно выявляет язвенный дефект, обеспечивает надежный контроль за его заживлением, а лабораторная диагностика на НР дополняет верифицированный диагноз ЯБ, что определяет тактику лечения и ведения больного с целью профилактики рецидивов и выздоровления.

Сравнительная оценка гемостатической активности новых гемостатических препаратов и обогащенной тромбоцитами плазмы в эксперименте *in vitro* с использованием электрокоагулографа Н-334

Чередников Е. Ф., д.м.н., проф., зав. кафедрой факультетской хирургии

Кашурникова М. А., Баранников С. В., Романцов М. Н., Овчинников И. Ф., Перерва О. А., Мячина Д. С.

ВГМУ им. Н. Н. Бурденко

г. Воронеж



Чередников Е. Ф.,



Кашурникова М. А.



Баранников С. В.

Одной из актуальных проблем хирургии гастроудоденальных кровотечений остается вопрос эндоскопического гемостаза, от которого в наибольшей степени зависит благоприятное течение заболевания у больных с желудочно-кишечными кровотечениями [1,4,8,9].

Современная медицина имеет широкий спектр лабораторных тестов определения и контроля гемостаза у больных, в частности, с гастроудоденальными кровотечениями. Из традиционных коагулографических тестов чаще используют хронометрические показатели АЧТВ, МНО (форма представления протромбинового времени), содержание фибриногена, подсчет числа тромбоцитов [5,6]. Более объективным в этом отношении функциональные методы оценки гемостаза, из которых следует отметить тромбоэластографию.

Сегодня не потерял свою актуальность простой, доступный, надежный метод оценки состояния системы гемостаза путем дифференцированной электрокоагулографии с использованием электрокоагулографа Н-334 [3,7].

На наш взгляд появление работ по применению обогащенной тромбоцитами плазмы и новых местных гемостатических препаратов является перспективным в поисках новых способов эндоскопического гемостаза [1,2,3,8].

Целью работы явилось изучение особенностей поведения новых гемостатических средств и обогащенной тромбоцитами плазмы при их взаимодействии с кровью.

Материалы и методы исследования

Экспериментальное исследование выполнено с кровью здоровых до-

бровольцев. В качестве новых местных гемостатических средств были использованы желпластан, новосэвен, полигемостат и обогащенная тромбоцитами плазма. Гемостатическая активность препаратов оценивалась методом дифференцированной электрокоагулографии с использованием электрокоагулографа Н-334[3,7].

В экспериментах *in vitro* с кровью каждого донора проводили несколько опытов. В первом опыте кювета с донорской кровью была без исследуемого материала и использовалась как контрольная.

Во втором опыте производилась оценка свойств гемостатических препаратов путем добавления в ячейку прибора фиксированного объема изучаемого нами гемостатического препарата и обогащенной тромбоцитами плазмы.

Оценку коагулограмм производили по следующим параметрам: t_0 — время прошедшее от момента взятия крови до начала записи; t_1 — время начала свертывания; t_2 — время конца свертывания; t_3 — начало ретракции и фибринолиза; t — продолжительность процесса свертывания; Vc_1 — скорость свертывания за первую минуту; Vc_2 — скорость свертывания за вторую минуту; Vc_3 — скорость свертывания за третью минуту; A_m — амплитуда максимальная; A_0 — амплитуда минимальная (отражает плотность сгустка).

Результаты исследований

Итоги проведенного эксперимента представлены в таблице. Как видно из таблицы, кровь здорового человека начинается процесс свертывания с $t_1=298$ с. При использовании местных гемостатических средств сгусток начинает формироваться

раньше: при добавлении новосэвена сгусток начинает формироваться уже с t_1-48 с., при использовании желпластана с t_1-54 с., полигемостата с t_1-240 с. При использовании обогащенной тромбоцитами плазмы сгусток начинает формироваться с t_1-76 с. Таким образом, можно говорить, что изучаемые нами препараты ускоряют время начала формирования сгустка.

Процесс свертывания крови у здорового человека оканчивается t_2 — на 370 с. При использовании желпластана сгусток заканчивает формироваться уже t_2 — на 144 с., для новосэвена этот показатель составил t_2-156 с., для полигемостата t_2-420 с. При изучении обогащенной тромбоцитами плазмы сгусток сформировался t_2 — на 130 с., что является хорошим показателем.

Говоря о продолжительности формирования сгустка, следует отметить, что у здорового человека процесс формирования сгустка занимает t — 72 с. Процесс свертывания происходит преимущественно на первой минуте от начала формирования сгустка. Скорость свертывания за первую минуту у здорового человека для исследуемой крови составила $V_{c1}-0,55$. При использовании местных гемостатических средств продолжительность формирования сгустка (t) для новосэвена и желпластана, так же как и у крови здорового человека, занимает около 2 минут, но при этом, необхо-

димо отметить, что скорость образования сгустка на первой минуте для новосэвена и желпластана увеличивается и составляет $V_{c1}-0,66$, и 0,71 соответственно. При применении обогащенной тромбоцитами плазмы сгусток формируется уже за t — 54 с., что обусловлено высокой скоростью свертывания за первую минуту, которая составляет $V_{c1}-0,83$. Дольше всего сгусток образуется при применении полигемостата t — 180 с., что определяется низким показателем скорости свертывания за первую минуту $V_{c1}-0,16$. Таким образом, применение местных гемостатических средств желпластана, новосэвена и обогащенной тромбоцитами плазмы позволяет ускорить процесс свертывания уже на первой минуте.

При изучении плотности сгустка оказалось, что этот показатель для всех исследуемых препаратов был примерно одинаковым.

Показатель фибринолиза характеризует устойчивость сгустка. При изучении крови здорового человека процесс фибринолиза начинается с t_3-418 с. При использовании местных гемостатических средств процесс фибринолиза начинается для полигемостата с t_3-915 с., для желпластана с t_3-618 с., для новосэвена с t_3-330 с., для обогащенной тромбоцитами плазмы с t_3-346 с. Таким образом, процесс, фибринолиза наилучшим образом замедляют полигемостат и желпластан.



Романцов М. Н.



Перерва О. А.



Мячина Д. С.

Таблица 1. Сравнительные результаты исследования системы свертывания крови с использованием гемостатических средств и обогащенной тромбоцитами плазмы

	Кровь Здорового человека	Желпластан	Новосевен	Полигемостат	Обогащенная тромбоцитами Плазма
t0 (сек)	10	10	10	10	10
t1 (сек)	298	54	48	240	76
t2 (сек)	370	144	156	420	130
t3 (сек)	418	618	330	915	346
t (сек)	72	90	108	180	54
Vc1	0,55	0,71	0.66	0,16	0.83
Vc2	0,05	0,16	0.316	0,83	-
Vc3	-	-	-	2,83	-
Am (см)	4,1	2,4	6.8	3,9	5.7
A0 (см)	0,1	0, 1	0, 1	0,1	0.1

Выводы

1. Исследуемые порошкообразные гемостатические средства (желпластан, новосэвен, полигемостат) и обогащенная тромбоцитами плазма обладают высокой гемостатической активностью.
2. Представляется целесообразным проведение дальнейших исследований по применению желпластана, полигемостата, новосэвена и обогащенной тромбоцитами плазмы для эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях.

Литература

1. Адрианов В. В. Оптимизация лечения гастродуоденальных кровотечений у больных повышенного операционного риска / Адрианов В. В., Чередников Е. Ф. // Системный анализ и управление в биомедицинских системах.—2014. Т. 13. № 4.— с. 841–846.
2. Ачкасов Е. Е. Использование обогащенной тромбоцитами факторами роста аутоплазмы в хирургии и травматологии / Е. Е. Ачкасов., А. А. Ульянов, Э. Н. Безуглов, А. В. Пугачев, К. А. Володина, Н. К. Жижин, О. Н. Егорова // Хирургия.— 2014.— № 9 с. 48–53.
3. Воробьев В. Б., Анализ состояния гемостаза с использованием новых возможностей дифференцированной электрокоагулографии / Воробьев В. Б., Бехтерева Н. А., Ускова Т. В. // Фундаментальные исследования.— 2004.— № 5.— с. 19–21.
4. Деряева О. Г. Комплексное лечение эрозивно-язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных многопрофильного стационара / Деряева О. Г., Чередников Е. Ф. // Системный анализ и управление в биомедицинских системах.—2014. Т. 13. № 3.— с. 725–730.
5. Диагностика и лечение больных с гастродуоденальными кровотечениями в специализированном центре: методические рекомендации под ред. проф. Е. Ф. Чередникова.— Воронеж, 2014.—32 с.
6. Долгов В. В., Свиринов П. В. Лабораторная диагностика нарушений гемостаза.— М.— Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2005.—227 с, 150 ил. ISBN 5–94789–114-X.
7. Синьков С. В. Роль инструментальных методов диагностики в оценке степени дисфункции системы гемостаза / Синьков С. В., Заболотских И. Б., Шапошников С. А. // Вестник интенсивной терапии.— 2009.— № 5.— С. 102–105.
8. Чередников Е. Ф. Лечение больных с неязвенными гастродуоденальными кровотечениями с использованием новых технологий / Е. Ф. Чередников [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии.— 2009.— № 2.— с. 27–32.
9. Чередников Е. Ф. Комплексное лечение неязвенных гастродуоденальных кровотечений с использованием внутрипросветной эндоскопии / Чередников Е. Ф., Баткаев А, Р. // Вестник экспериментальной и клинической хирургии.—2009.— Т. 2, № 4.— с 291–304.

Определение гемостатической активности гидрофильных гранулированных сорбентов с использованием электрокоагулографа Н-334

Чередников Е. Ф., д.м.н., проф., зав. кафедрой факультетской хирургии

Романцов М. Н., Баранников С. В., Попов Арт. В., Литовкина Т. Е., Путилин С. Г., Сергеев И. А.

ВГМУ им. Н. Н. Бурденко

г. Воронеж

Актуальность

Одной из актуальных проблем неотложной хирургии являются гастродуоденальные кровотечения. [1,3,8] Пути улучшения результатов лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта многие авторы видят в поиске новых средств и усовершенствовании способов эндоскопического гемостаза на фоне комплексной противоязвенной терапии. [4,5,8] Перспективным, на наш взгляд, является применение гидрофильных гранулированных сорбентов для эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях. [1,3,5,8]

Целью работы явилось изучение особенностей поведения гидрофильных гранулированных сорбентов при их взаимодействии с кровью и сравнительная оценка их гемостатической активности.

Материал и методы

Экспериментальное исследование проведено с кровью здорового донора. В качестве гидрофильных гранулированных сорбентов были использованы: аниловин, гелевин, диовин, диотевин, сефадекс марки G-25.

Оценка влияния гранулированных сорбентов на систему гемостаза проводилась путём дифференцированной электрокоагулографии с использованием электрокоагулографа Н-334. [2,6,9]

В эксперименте *in vitro* с кровью донора проводили ряд опытов. Кровь для исследования получали из кубитальной вены сухой иглой для венепункций. После удаления первых капель крови, свободно вытекающих из иглы, заполняли кровью пробирку, содержащую 3,8 % раствор цитрата натрия в соотношении 9:1 соответственно. Содержимое про-

бирки осторожно перемешивали, наклоняя несколько раз пробирку. Ячейки коагулографа Н-334 предварительно прогревали в термостатирующей камере прибора до 37 °С. Проводили запись электрокоагулограммы цитратной крови. Для этого с помощью микропипетки в ячейку вносили 0,1 мл цитратной крови, затем ячейку, заполненную цитратной кровью с раствором кальция, помещали в термостатирующую камеру, укрепляя в качающемся ячейкодержателе. Камеру закрывали и включали мотор, одновременно останавливая секундомер. Время от момента добавления раствора хлорида кальция до начала записи электрокоагулограммы (t_0), фиксируемое секундомером, в дальнейшем использовали для определения истинных значений временных показателей электрокоагулограммы.

Для оценки гемостатических свойств сорбентов предварительно прогретую ячейку коагулографа вносили 0,1 мл цитратной крови, далее в ячейку вносили по 1,0 мг каждого изучаемого нами порошкообразного гранулированного сорбента (аниловин, гелевин, диовин, диотевин, сефадекс марки G-25) и добавляли 0,1 мл 0,025M раствора хлорида кальция, включали секундомер. Ячейку, заполненную цитратной кровью с раствором кальция и гранулированным порошкообразным препаратом, помещали в термостатирующую камеру, укрепляя в качающемся ячейкодержателе. Камеру закрывали и включали мотор, одновременно останавливая секундомер.

Оценку коагулограммы производили по следующим параметрам:

t_0 — время, прошедшее от момента взятия крови до начала записи; t_1 — время начала свертывания; t_2 — время конца свертывания; t_3 — начало ретракции



Чередников Е. Ф.,



Романцов М. Н.



Баранников С. В.



Путилин С.Г.

и фибринолиза; t — продолжительность процесса свертывания; $Vc1$ — скорость свертывания за первую минуту; $Vc2$ — скорость свертывания за вторую минуту; $Vc3$ — скорость свертывания за третью минуту; Am — амплитуда максимальная, $A0$ — амплитуда минимальная (отражает плотность сгустка).

Результаты

Проведенный эксперимент *in vitro* позволил нам получить данные о влиянии различных гидрофильных гранулированных сорбентов на систему свертывания крови. Это позволило дать сравнительную оценку гемостатической активности каждого из сорбентов.

Результаты проведенных исследований представлены в таблице.

Как видно из таблицы, исследуемая кровь здорового человека начинает процесс свертывания $t1$ — на 186 секунде. При добавлении гранулированного сорбента достигается ускорение начала свертывания крови: гелевин начинает процесс свертывания крови $t1$ — на 82 секунде, диотевин — $t1$ — на 64 секунде, диовин — $t1$ — на 58 секунде, аниловин — $t1$ — на 46 секунде и сефадекс марки G-25 — $t1$ — на 42 секунде. Процесс свертывания крови у здорового человека оканчивается $t2$ — на 384 секунде. Гелевин и аниловин заканчивают этот процесс $t2$ — на 322 секунде, диовин —

$t2$ — на 178 секунде, диотевин — $t2$ — на 202 секунде и сефадекс марки G-25 $t2$ — на 162 секунде. Продолжительность свертывания крови у здорового человека у испытуемого составила t — 198 секунд. Гелевин и аниловин превысили этот показатель t — на 240 секунд и 276 секунд соответственно. У диовина и сефадекса G-25 время продолжительность свертывания составила t — по 120 секунд, у диотевин общее время свертывания крови t — за 138 секунд.

Подводя итоги скорости свертывания крови в течении первых трёх минут, было отмечено, что у здорового человека скорость свертывания составила $Vc1=0,183$, $Vc2=0,283$, $Vc3=0,016$. Диотевин, гелевин и аниловин на первых двух минутах отставали от базовой скорости и только на третьей минуте скорость свертывания крови у них возросла и составила $Vc3=0,43$, $0,15$, и $0,11$ соответственно. Диовин образовал сгусток в течение первых двух минут: на первой минуте скорость свертывания в начале отставала от показателей крови здорового человека и составляла $Vc1=0,13$, а на второй минуте скорость свертывания у диовина увеличилась до $Vc2=0,48$. Сефадекс марки G-25 так же образует сгусток за две минуты, но основная скорость свертывания крови приходится на первую минуту. Как видно из таблицы, свертывание крови у сефадекса марки



Сергеев И.А

Таблица 1. Сравнительные результаты исследования системы гемостаза *in vitro* с использованием гидрофильных гранулированных сорбентов

	Кровь здорового человека	Диотевин	Гелевин	Диовин	Аниловин	Сефадекс марки G-25
t0(сек)	10	10	10	10	10	10
t1(сек)	186	64	82	58	46	42
t2(сек)	384	202	322	178	322	162
t3(сек)	456	442	336	430	392	360
T(сек)	198	138	240	120	276	120
Vc1	0,183	0,13	0,01	0,13	0,06	0,383
Vc2	0,283	0,16	0,083	0,48	0,06	0,216
Vc3	0,016	0,43	0,15	-	0,11	-
Am (см)	4,0	3,6	5,7	4,9	6,2	6,4
A0(см)	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

G-25 на первой минуте составило $Vc1=0,383$, на второй минуте скорость снизилась до $Vc2=0,216$, но остается достаточно высокой. Плотность сгустка у всех последующих препаратов была примерно одинаковой. Показатель фибринолиза характеризует устойчивость сгустка. Этот показатель у всех гранулированных сорбентов примерно был идентичен.

Таким образом, лидирующими по своей гемостатической активности среди гидрофильных гранулированных сорбентов являются диовин, диотевин и сефадекс марки G-25. По сокращению времени свертывания они находятся на сравнительно одинаковом уровне, но сефадекс марки G-25 начинает процесс свертывания кро-

ви раньше всех. Так же и скорость у данного сорбента максимальная именно на первой минуте.

Выводы

1. Гидрофильные гранулированные сорбенты обладают в разной степени неспецифическими гемостатическими свойствами, что делает целесообразным их применение при эндоскопическом лечении эрозивно-язвенных гастродуоденальных кровотечений.
2. Для эндоскопического гемостаза с типом кровотечения FI — FIIAB из исследуемых сорбентов более предпочтителен сефадекс марки G-25.

Литература

1. Чередников Е. Ф. Лечение больных с неязвенными гастродуоденальными кровотечениями с использованием новых технологий /Е.Ф. Чередников [и др.]// Вестник хирургической гастроэнтерологии.— 2009.— № 2.— с. 27–32.
2. Воробьев В. Б., Анализ состояния гемостаза с использованием новых возможностей дифференцированной электрокоагулографии /Воробьев В. Б., Бехтерева Н. А., Ускова Т. В.// Фундаментальные исследования.— 2004.— № 5.— с. 19–21.
3. Деряева О. Г. Комплексное лечение эрозивно-язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных многопрофильного стационара/ Деряева О. Г., Чередников Е. Ф.//Системный анализ и управление в биомедицинских системах.—2014. Т. 13. № 3.— с. 725–730.
4. Диагностика и лечение больных с гастродуоденальными кровотечениями в специализированном центре: методические рекомендации под ред. проф. Е. Ф. Чередникова.— Воронеж, 2014.—32с.
5. Чередников Е. Ф. Комплексное лечение неязвенных гастродуоденальных кровотечений с использованием внутрископической эндоскопии/ Чередников Е. Ф., Баткаев А, Р.// Вестник экспериментальной и клинической хирургии.—2009.— Т. 2, № 4.— с 291–304.
6. Долгов В. В., Свиринов П. В. Лабораторная диагностика нарушений гемостаза.— М.— Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2005.—227 с, 150 ил. ISBN5–94789–114-X 7. Синьков С. В. Роль инструментальных методов диагностики в оценке степени дисфункции системы гемостаза / Синьков С. В., Заболотских И. Б., Шапошников С. А. // Вестник интенсивной терапии.—2009.— № 5.— С. 102–105.
7. Адианов В. В. Оптимизация лечения гастродуоденальных кровотечений у больных повышенного операционного риска /Адианов В. В., Чередников Е. Ф.// Системный анализ и управление в биомедицинских системах.—2014. Т. 13. № 4.— с. 841–846.
8. Johansson P. I. Treatment of massively bleeding patients^ introducing real-time monitoring, transtusion packages and trombelastography //ISBT science series-2007.— Vol/ 29(9)/-P/ 159–167.

Эндопротезирование пилоро-дуоденальной зоны саморасправляющимися стентами у онкологических больных

Черемисин Д. А., врач-эндоскопист

Владыко А. К., зав. отделением малоинвазивной рентген-эндоскопической онкохирургии

КГБУЗ КККОД им А.И Крыжановского

г. Красноярск



Черемисин Д. А.



Владыко А. К.

В мировой практике одной из проблем при неоперабельном стенозирующем раке выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки является восстановление пассажа кишечного содержимого. С этой целью, как правило, у данной категории больных выполняют гастро- или энтеростомию, но наличие различных стом способствует не только усилению психологической травмы, так же повышен риск и развития осложнений вне зависимости от способа (хирургического, лапароскопического, эндоскопического) ее наложения.

Применение эндоскопических методов реканализации просвета пищевода — электро-, лазерная, аргоноплазменная коагуляция, баллонная дилатация позволяют восстановить просвет в большинстве случаев, но эффект чаще всего бывает непродолжительным и обычно требуются повторные вмешательства. В последнее время, при опухолевом стенозе пилоро-дуоденальной зоны эффективным методом реканализации считается стентирование.

Показанием к пилоро-дуоденальному эндопротезированию и эндопротезированию выходного отдела желудка является паллиативное лечение пациентов с неоперабельными стенозирующими опухолями выходного отдела желудка и пилоро-дуоденальной зоны, и как первый этап перед операцией или проведением химио- и лучевой терапии.

С появлением нового оборудования в Красноярском краевом онкологическом диспансере, за период с марта 2014г по настоящее время нами выполнено стентирование пилоро-дуоденальной зоны нитиноловыми саморасправляющимися стентами 22 пациентам (14 женщин, 8 мужчин), в возрасте от 32 до 85 лет. Из них: 12 пациентам с раком поджелудочной железы с про-

растанием в ДПК и декомпенсированным стенозом; 8 пациентам с раком антрального отдела желудка с переходом на привратник, декомпенсированным стенозом, 2 пациентам с раком большого дуоденального сосочка (БДС), выраженным внутрипросветным ростом, сопровождающимся суб- и декомпенсированной непроходимостью двенадцатиперстной кишки (ДПК). В одном из случаев сопровождавшейся механической желтухой.

Стентирование во всех случаях проводилось по стандартной методике под местной и внутривенной седацией, под рентген- и эндоскопическим контролем. По струне проводнику проводили и устанавливали дуоденальные саморасправляющиеся стенты. В трех случаях, при невозможности провести стент с доставляющим устройством за зону опухолевого стеноза, выполнялась баллонная дилатация с последующим стентированием.

В одном случае пациенту с опухолью головки поджелудочной железы и механической желтухой с прорастанием в ДПК, первым этапом провели баллонную дилатацию зоны опухолевого стеноза, ретроградную холангио-панкреатографию (РХПГ), эндоскопическую папилосфинктеротомию (ЭПСТ), стентирование холедоха саморасправляющимся стентом (M.I. Tech). Вторым этапом было проведено стентирование пилоро-дуоденальной зоны так же саморасправляющимся стентом (M.I. Tech). Положительный клинический эффект был во всех случаях. Клиника непроходимости купировалась на первые, вторые сутки после стентирования. В последнем случае купировалась и механическая желтуха.

Для оценки проходимости просвета выходного отдела желудка и ДПК проводили рентгеноскопию пилоро-дуоденаль-

ной зоны сразу после установки стента. Контроль позиции и подтверждение полного раскрытия стента проводится через 2–3 суток. Осложнений в ранний и поздний послеоперационный периоды не отмечали. При эндопротезировании пилоро-дуоденальной зоны, выбранная длина стента должна быть адекватной протяженности стенотического процесса и не перекрывать дистальным концом БДС.

Эндопротезирование саморасправляющимися стентами обеспечивает достаточно широкий просвет пилоро-дуоденальной зоны. Не требует повторных лечебных вмешательств, сопровождается умеренным болевым синдромом, благодаря чему повышается качество жизни больных. Может служить как самостоятельный паллиативным методом лечения, так и качестве предоперационной подготовки.

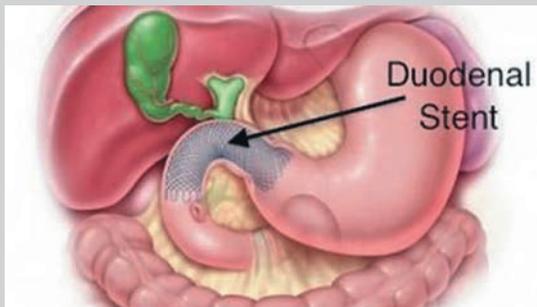
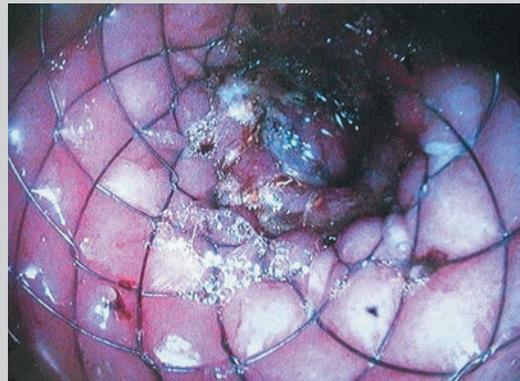


Рис. 1. Схема установки пилоро-дуоденального стента, саморасправляющийся стент M. I. Tech в ДПК



Полипы верхних отделов ЖКТ

Чудаков А.В., Косолапов В.В.,

Иванов А. В., зав.отделением

Благовещенская Городская Клиническая Больница

г. Благовещенск

Полип — доброкачественное новообразование слизистой оболочки полых органов ЖКТ. Полипы чаще встречаются у мужчин (60,3%), чем у женщин (39,7%).

Полипы тонкой кишки относятся к группе эпителиальных доброкачественных новообразований. Диаметр полипов различен, варьирует от нескольких мм, до 4–5 см. Могут быть на ножке и широком основании, также бывают единичными и множественными.

Главными осложнениями при полипах ЖКТ являются изъязвления с последующим кровотечением, а также малигнизация.

В нашей клинике за 2015 год выявлено 103 случая полипов верхних отделов ЖКТ. Из них 79,6% (82 слу-

чая) — полипы желудка, 16,5% (17 случаев) — полипы пищевода и 3,9% (4 случая) — полипы двенадцатиперстной кишки. Выполнено 42 гистологических исследования, из которых: 69% (29 случаев) — железистые полипы, 16,7% (7 случаев) — злокачественные новообразования и 14,3% (6 случаев) — гиперпластические полипы.

При наличии показаний: большие размеры, (>5 мм), наличие воспаления, изъязвлений на верхушке, подозрении на малигнизацию выполняется полипэктомия. Для удаления полипов в нашей клинике используются: электроэксцизия петлей, аргонно-плазменная и электрокоагуляция мелких образований (<3–4 мм). Холодная полипэктомия при биопсии.

Первый опыт применения EndoClot в лечении кровотечений из верхнего отдела пищеварительного тракта

Щеголев А.А.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Матушкова О.С., Вербовский А.Н.
ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ»

г. Москва

Актуальность

Гастродуоденальные кровотечения (ГДК), являясь одной из наиболее распространенных причин госпитализаций и смертности во всем мире, на протяжении многих лет остаются серьезной проблемой для врачей разного профиля. До сих пор нет единой тактики ведения больных с ГДК. Несмотря на появление новых поколений лекарственных препаратов и новых эндоскопических методов гемостаза, летальность (5–14%) сохраняется высокой и варьирует в зависимости от возраста, сопутствующей патологии, тяжести кровопотери и возникновения рецидива кровотечения. (Barkun, A.N., 2010; Albeldawi M., 2010; Giday S.A., 2011; Muller-Cerber D., 2013; Masci E., 2014; Georg Kaehler, 2015).

Основным методом диагностики, оценки риска и лечения ГДК на сегодняшний день является эндоскопия. Комбинированная эндоскопическая терапия является высокоэффективной, а успех первичного гемостаза варьирует в пределах 85–95% (Sung J. J., 2007; Barkun A. N., 2010). Процент рецидива кровотечения после эндоскопического гемостаза составляет 5–30% (Church N. I., 1999; Bjorkman D. J., 2004; Hearnshaw S. A., 2007; Gralnek I. M., 2008).

В последние годы арсенал эндоскопистов пополнился эффективными гемостатическими порошками (Sung J. J., 2011; Smith L. A., 2012; Holster I L., 2013). Эти вещества предназначены для лечения активного кровотечения путем распыления гемостатического порошка при помощи катетера. Гемостаз достигается за счет локальной активации тромбоцитов и образования устойчивого механического барьера, посредством впитывания жидкой части крови распыленным порошком с образованием геля. Именно поэтому они

должны применяться в условиях активного кровотечения. В настоящее время существуют два коммерчески доступных гемостатических средства: ТК-325 (Hemospray) и EndoClot.

Основным их преимуществом является, во-первых, отсутствие необходимости в точном нацеливании на источник кровотечения, что значительно облегчает технику гемостаза в условиях сложной анатомии и в инверсионном положении эндоскопа, в отличие от электрокоагуляции и клипирования (Soulellis C, 2013). во-вторых, охват большой площади может существенно облегчить гемостаз при эрозивных гастритах, GAVE-синдроме, лучевых поражениях слизистой оболочки и при кровотечениях из распадающихся опухолей (Sung J. J., 2011; Chen Y-I, 2012; Muller-Cerbes, 2013), в-третьих, простота выполнения делает данный метод технически выполнимым даже молодыми специалистами (Leblanc S., 2013). И, наконец, отсутствие прямого контакта с кровоточащей поверхностью, предостерегает от повреждения тканей, предупреждая увеличение интенсивности кровотечения и перфорации стенки органа (Chen Y. I., 2013; Leblanc S., 2013).

Endoclot (EndoClot Plus Inc, Santa Clara, California, United States) — нетоксичный гемостатический рассасывающийся порошок, состоящий из биосовместимых рассасывающихся полимерных частиц, образующий при контакте с жидкой частью крови гемостатическую пленку. Полимерные частицы получены из растительного крахмала, биосовместимы и непирогенны. Их молекулярная структура позволяет быстро впитывать жидкую часть крови, повышая тем самым концентрацию тромбоцитов, эритроцитов и коагуляционных белков (тромбин, фибриноген и др.), что ускоряет физиологический



Щеголев А.А.



Матушкова О.С.



Вербовский А.Н.

каскад свертывания. Образующаяся гелеобразная пленка обеспечивает препятствующий барьер и выводится из желудочно-кишечного тракта в течение нескольких дней.

Система EndoClot состоит из распылителя, содержащего 1, 2 или 3 грамма полимерных частиц; воздушно-го компрессора, обеспечивающего непрерывный поток воздуха, что препятствует закупорке катетера; смесительной камеры для образования смеси порошкового субстрата и газа; газового фильтра и катетера, проводимого через рабочий канал эндоскопа (информация представлена производителем).

Цель

Оценить эффективность нетоксичного гемостатического порошка, состоящего из рассасывающихся полимерных частиц у больных с ГДК.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов лечения с помощью гемостатической системы EndoClot у 9 пациентов в возрасте 22–27 лет с кровотечениями из верхнего отдела пищеварительного тракта. У 1 пациентки кровотечение развилось на фоне распадающейся злокачественной опухоли желудка (Борман III), у 3 — кровотечение возникло из острых язв двенадцатиперстной кишки, которые можно отнести к типу Ib по классификации J. Forest; у 3 больных источником кровотечения послужил синдром Меллори-Вейса; у 2 — кровотечение из поверхностных дефектов слизистой оболочки желудка при портальной гипертензивной гастропатии тяжелой степени.

Результаты

Из 9 пациентов первичный гемостаз посредством применения EndoClot достигнут у 8 (88.9%). У 3 пациентов EndoClot использован в качестве монотерапии. В трех случаях нанесению полисахаридного порошка предшествовала инъекция подслизистого слоя раствором адреналина. В 2 случаях EndoClot нанесен после комбинации инъекции адреналина с клипированием. У 1 пациентки с кровотечением из острой язвы нисходящей ветви двенадцатиперстной кишки перед нанесением порошка выполнена инфильтрация краев язвенного дефекта раствором адреналина и аргоноплазменная коагуляция. Применение EndoClot не принесло успеха, кровотечение остановлено путем наложения 6 эндоскопических клипс фирмы «Olympus». Один пациент с острой язвой двенадцатиперстной кишки и остановленным кровотечением умер на 3 сутки от прогрессирования сопутствующих заболеваний. Рецидивов кровотечений не наблюдалось. Побочных эффектов не отмечено.

Выводы

Таким образом, EndoClot является новым, потенциально эффективным методом достижения эндоскопического гемостаза при желудочно-кишечных кровотечениях, рефрактерных к стандартным эндоскопическим методам. EndoClot может применяться как самостоятельным методом, так и эффективно дополнять другие методы гемостаза. Однако в литературе описаны лишь единичные серии случаев. До сих пор не проводились рандомизированные контролируемые исследования, что делает данную тему открытой и требует проведения дальнейших работ по ее изучению.

Первый опыт симультанной эндоскопической диссекции в подслизистом слое (ESD) при раннем раке желудка и лапароскопической холецистэктомии

Щеголев А.А.
 ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Митичкин А.Е., Матушкова О.С., Вербовский А.Н.
 ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ»

г. Москва

В настоящее время рак желудка представляет собой серьезную проблему здравоохранения, занимая второе место в мире по показателю смертности от онкологических заболеваний и четвертое место в структуре онко-заболеваемости, уступая раку легкого, молочной железы и колоректальному раку.

По данным Японского общества гастроэнтерологической эндоскопии, к раннему раку желудка относят тяжелую дисплазию эпителия или высокодифференцированную аденокарциному желудка с инвазией в пределах слизистой оболочки и/или внутренней части подслизистого слоя (SM1) при отсутствии метастатического поражения регионарных лимфоузлов (Tis-T1-N0M0). В Японии ранние формы диагностируются в 50% случаев от общего числа больных раком желудка, тогда как в Европе, США и России этот показатель составляет порядка 5–10%. Выполнение эндоскопического исследования с хромоскопией, увеличительной, узкоспектральной, аутофлуоресцентной эндоскопией и т.д. с последующей прицельной биопсией позволяют нам с большим процентом диагностировать ранние формы рака желудка.

Первыми удаление полиповидного новообразования желудка эндоскопически выполнили в 1970 году в Японии К. Tsunooka и Т. Uchida, а в России Балалыкин А.С. (1972) в клинике В.С. Савельева. В 2001 году японскими специалистами впервые был представлен метод эндоскопической диссекции в подслизистом слое (endoscopic submucosal dissection — ESD), позволяющий выполнить резекцию слизистой оболочки при раннем раке желудка единым блоком площадью более 2 см. Существуют следующие расширенные показания (Т. Gotoda) к выполнению ESD при ранней неоплазии

желудка: 1- дифференцированная аденокарцинома в пределах слизистой оболочки любых размеров без изъязвления; 2- дифференцированная аденокарцинома в пределах слизистой оболочки с изъязвлением, но площадью менее 30 мм; 3- дифференцированная аденокарцинома с инвазией в наружный отдел подслизистого слоя (SM1), но площадью менее 30 мм; 4- недифференцированная аденокарцинома в пределах слизистой оболочки, без изъязвления и менее 20 мм.

Клиническое наблюдение

У пациентки К., 71 год, и/б 160155, при амбулаторном обследовании в ГБУЗ ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ во время проведения эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) выявлено образование тела желудка плоско приподнятой формы тип 0-IIa (Парижская классификация, 2002) до 8 мм (Рис. 1). При осмотре в режиме узкоспектральной эндоскопии (NBI) заподозрена ранняя неоплазия (Рис. 2). По данным гистологического исследования — высокодифференцированная аденокарцинома. Больная дообследована, при компьютерной томографии органов грудной и брюшной полостей — картина холецистолитиаза, данных за первичную опухоль желудка и регионарное метастазирование не обнаружено. По данным эндосонографического исследования — картина эпителиальной неоплазии тела желудка — плоско-приподнятый тип 0-IIa, без признаков инвазии подслизистого и мышечного слоев (Рис. 3).

21.12.2015 г. под эндотрахеальным наркозом выполнено симультанное оперативное вмешательство. Первый этап — резекция слизистой оболочки желудка с диссекцией в подслизистом слое. Применяли видеоэндоскопическую систему EVIS EXERA II серии 180,



Щеголев А.А.



Митичкин А.Е.,



Матушкова О.С.



Вербовский А.Н.

гастроинтестинальный видеоэндоскоп GIF-Q180, электрохирургические ножи «DualKnife» и «HookKnife», распыляющий катетер, одноразовую иглу-инжектор, мягкий дистальный прозрачный колпачок, щипцы захватывающие «Coagrasper» и эндоскопические клипсы (Olympus, Япония). С целью определения границ образования выполняли хромооскопию, посредством распыления на поверхность 0,2% раствора индигокармина. Разметка границ производилась при помощи эндоскопического ножа «DualKnife» в режиме спрей-коагуляции, отступив от края опухоли 0,5 см (Рис. 4). Далее в подслизистый слой введен раствор гидроксиэтилированного крахмала «Венофундин» с добавлением в него индигокармина и адреналина (1:1000). Выполнен окаймляющий циркулярный разрез по окружности образования, при помощи прозрачного эндоскопического колпачка, фиксированного на дистальном конце эндоскопа, визуализирован подслизистый слой, посредством приподнимания им края рассеченной слизистой оболочки, и поэтапно выполнена

диссекция подслизистого слоя (Рис. 5). Образование извлечено наружу (Рис. 6). Кровотечения, возникшие в процессе диссекции подслизистого слоя остановлены при помощи коагуляционного грааспера. Крупные сосуды, прилегающие к мышечной пластинке были клипированы эндоскопическими клипсами фирмы Olympus, Япония (Рис. 7).

После выполненного эндоскопического вмешательства, вторым этапом пациентки выполнена лапароскопическая холецистэктомия, Патологических изменений со стороны висцеральной брюшины в области желудка обнаружено не было.

По данным гистологического заключения края резекции со слабо выраженным воспалением и атрофией отдельных желез; образование представлено участками кишечной метаплазии, тяжелой дисплазией желез и фокусами высокодифференцированной аденокарциномы в пределах слизистой оболочки до собственной мышечной пластинки. Через три недели после ESD больной выполнена контрольная ЭГДС: в теле желудка опре-

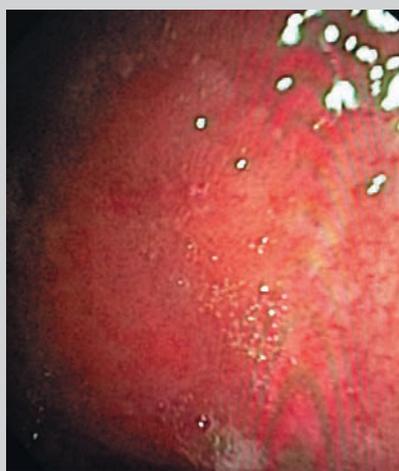


Рис. 1

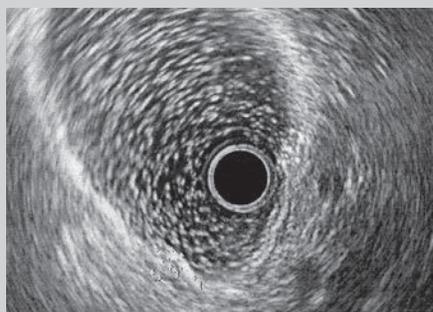


Рис. 3.



Рис. 2

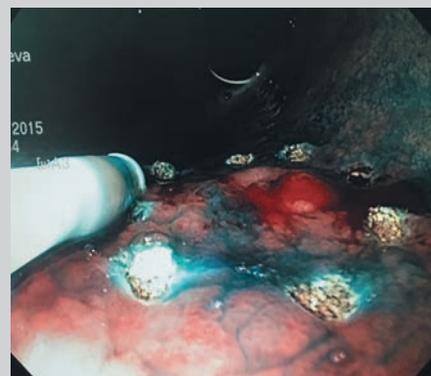


Рис. 4

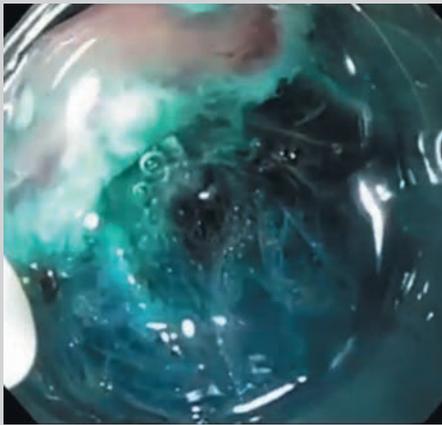


Рис. 5



Рис. 6

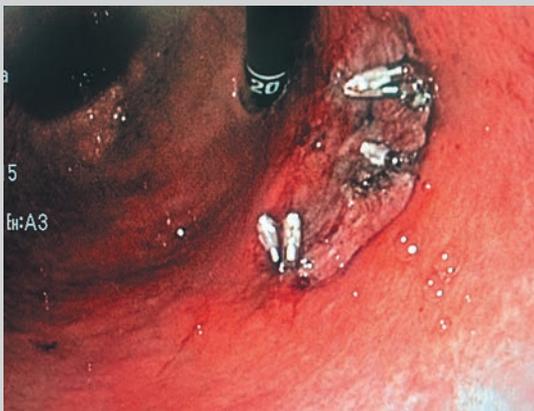


Рис. 7



Рис. 8

делялся дефект слизистой оболочки до 9 мм, покрытый фибрином, с фиксированными эндоскопическими клипсами в дне (Рис. 8). Тест на *H. Pylori* показал высокую уреазную активность. Пациентке проведена эрадикационная терапия. Запланировано проведение ЭГДС через 3 месяца после выполненной ESD, с забором биопсийного материала.

Заключение

Метод эндоскопической диссекции подслизистого слоя при раннем раке желудка является новым и перспективным органосохраняющим лечебным направлением и при строгом соблюдении критериев отбора больных может стать достойной альтернативой традиционным хирургическим вмешательствам.

Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта при остром коронарном синдроме

Яковлева З. А., заведующий эндоскопическим отделением ГБУ РБ № 2-ЦЭМП

Максимов Ю. А., врач-эндоскопист эндоскопического отделения ГБУ РБ № 2-ЦЭМП

Тяптиргянова Т. М., д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии и лучевой диагностики

г. Якутск



Яковлева З. А.



Максимов Ю. А.

В России и других странах Европы болезни сердечно-сосудистой системы занимают первое место среди причин заболеваемости и смертности населения. Сочетание острого коронарного синдрома с поражением слизистой желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) является дополнительнымотягощающим фактором, влекущим за собой ухудшения кровообращения, а также атипичное и более тяжелое течение острого коронарного синдрома (ОКС).

В настоящее время связь между приемом антикоагулянтов/дезагрегантов и повреждениями ЖКТ четко установлена. Длительное применение антиагрегантов, нестероидных противовоспалительных препаратов являются провоцирующими факторами в развитии эрозивно-язвенной патологии верхних отделов ЖКТ у данных пациентов.

Диагностическая эзофагогастродуоденоскопия для своевременного выявления эрозивно-язвенных поражений верхних отделов ЖКТ включена в план предоперационного обследования у всех пациентов с ОКС поступивших в экстренном порядке.

Цель исследования

Изучить эндоскопические особенности эрозивно — язвенных поражений верхних отделов ЖКТ (гастродуоденальных эрозий и язв) у пациентов с острым коронарным синдромом, госпитализированных в отделение неотложной кардиологии (ОНК) Республиканской больницы № 2- центра экстренной медицинской помощи (РБ № 2 ЦЭМП) Регионального сосудистого центра (РСЦ).

Материалы и методы исследования

Был проведен анализ результатов эндоскопического исследования у 484 пациентов с острым коронарным синдромом, поступивших на лечение

в ОНК РБ № 2 ЦЭМП РСЦ ОНК г. Якутска за 2015 г.

В рамках инвазивной стратегии лечения ОКС всем пациентам в неотложном порядке выполнены коронарографии и чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) с имплантацией или без имплантации стента. Анализируемые пациенты получали антиагрегантную терапию в соответствии с клиническими рекомендациями по ведению ОКС.

Из них 309 (64%) — мужчины, 175 (36%) — женщины. По национальности русских — 230 (47%), якутов — 236 (48%), другой национальности — 18. По возрастной категории 0,6% пациентов составляют молодые люди 18–30 лет, 3,7% больных имеют возраст 31–40 лет, 13% — от 41 до 50 лет, 34,1% больных — люди в возрасте 51–60 лет, 31,9% — от 61–70 лет, от 71 и выше составляют 16,7%. (табл. 1).

При диагностической ЭГДС в предоперационном периоде выявлены следующие патологии верхних отделов ЖКТ: У 5,4% (26) пациентов — выявлены эрозии пищевода.

У 40% (194) пациентов — единичные и множественные эрозии желудка, с преимущественной локализацией в антральном отделе. Эрозии ДПК у 13% (62) пациентов. Сочетанные гастродуоденальные эрозии — 7,4% (36) пациентов. Геморрагические эрозии у 4,9% (24) пациентов.

Язвенное поражение желудка и ДПК наблюдались значительно реже. Язва антрального отдела — у 18 (3,7%) пациентов, тела желудка у 10 (2%) пациентов. Язва ДПК у 6 (4,9%) пациентов.

У 9 (1,8%) пациентов эрозивные и язвенные дефекты желудка и ДПК были с признаками кровотечения по Forrest 1b — у 1 пациента, F2b — у 5 пациентов, F2C у 3 пациентов. Для остановки и профилактики при острых эрозивно-язвенных кровотечениях применялись эндоскопические методы гемостаза с ком-

Таблица 1. Распределение пациентов по возрасту

Возраст	Абсол.число	%
18–30	3	0,6%
31–40	18	3,7%
41–50	63	13%
51–60	165	34,1%
61–70	154	31,9%
71 и выше	81	16,7%

плексной консервативной терапией. При кровотечениях типа Forrest 1b и 2bc применяли инфльтрационные методы гемостаза (адреналина, спирт-новокаин), аргоно-плазменную коагуляцию и эндоклипирование. Кроме того для снижения числа рецидивов кровотечения, которым был проведен эндоскопический гемостаз, назначали внутривенное болюсное введение с последующей непрерывной инфузией ингибиторов протонной помпы. Выбор метода эндоскопического гемостаза зависел от типа источника кровотечения его локализации и размеров повреждения.

Выводы

Как показал анализ среди пациентов с поражением верхних отделов ЖКТ преобладали мужчины, средний возраст всех пациентов составил 61 ± 10 .

Распространенность эрозивно — язвенных поражений верхних отделов ЖКТ у больных с ОКС

по данным ЭГДС составила 78 %. При этом эрозивно-язвенное поражение в большинстве случаев носит острый характер.

Частота развития гастродуоденальных кровотечений у данной категории пациентов составляет 1,8 %.

Таким образом, полученные результаты исследования демонстрируют широкую распространенность эрозивно-язвенных изменений слизистой оболочки желудка и ДПК у пациентов с ОКС. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности контроля состояния слизистой перед назначением антиромбоцитарной/ антикоагулянтной терапии и проведением ЧКВ пациентом с ОКС. И необходимости профилактики поражения верхних отделов желудка и ДПК при проведении этой терапии.



Рис. 1. Эрозивно-язвенные поражения верхних отделов ЖКТ

Динамика эндоскопической картины лечения пациента с malt-лимфомой желудка

Стручкова Е.Ю., к.м.н., зав. эндоскопическим отделением ГБУЗ ГKB № 52 ДЗМ

Мисюрин Е.Н., к.м.н., рук. гематологической службы ГБУЗ ГKB № 52 ДЗМ

Стручков В.Ю., студент 6-го курса ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России

Воронцов А.В., врач-эндоскопист, ГБУЗ ГKB № 52 ДЗМ

г. Москва

Целью данного клинического примера является демонстрация командного подхода в ведении больных гематологического профиля, совместно с врачами-эндоскопистами на всех этапах лечения данной группы пациентов.

Клиническое наблюдение

Больной В. 44 лет 02.12.2015 переведён в отделение реанимации и интенсивной терапии № 1 ГKB № 52 из ГKB им. Жадкевича, с направительным диагнозом: плазмацитома желудка, распад опухоли, рецидивирующее желудочно — кишечное кровотечение, постгеморрагическая анемия. На момент поступления состояние больного было тяжёлым. Лабораторно отмечался лейкоцитоз до $12,7 \cdot 10^9/\text{л}$, а так же снижение гемоглобина до 81 г/л. Пациенту выполнена ЭГДС-cito!. По передней стенке с захватом большой кривизны на границе в/3 и с/3 тела желудка определялась выступающая в просвет отёчная, инфильтрированная слизистая, размерами 7,0x6,0 см с участками изъязвлений, полигональной формы, налётом фибрина, геморрагическими пятнами, конвергенцией складок и отсутствием перистальтической волны в зоне образования. В момент забора биопсии была отмечена каменистая плотность, выраженная кровоточивость и фрагментация тканей. С профилактической целью рецидива кровотечения проведена аргоноплазменная коагуляция ткани опухоли в сочетании с орошением раствором этилового 40% спирта, поступление свежих порций крови прекратилось.

При гистологическом исследовании данных за опухолевое поражение не было выявлено, что послужило причиной неоднократного повторного забора биопсии и контрольного гистологического исследования. По ре-

зультатам которого в условиях МНИОИ имени П.А. Герцена был установлен диагноз: MALT — лимфома желудка.

09.12.2015 был начат курс специфической полихимиотерапии, отмечалась выраженная положительная динамика в виде уменьшения инфильтрации слизистой по периферии изъязвлений и уменьшения опухоли до размеров 5,0x4,0 см. Ткань опухоли стала более эластичной, появилась перистальтика в зоне образования. Гиперемия слизистой и геморрагические пятна постепенно уменьшались и исчезли полностью к 12 дню терапии. Лабораторно отмечалось повышение уровня гемоглобина до 105 г/л, а так же снижение лейкоцитов до $3,8 \cdot 10^9/\text{л}$.

Однако, на контрольном исследовании от 23.12.2015, на 4 день после изменения схемы терапии была отмечена отрицательная динамика эндоскопической картины. Опухолевый дефект оставался прежних размеров 5,0x4,0 см с тремя изъязвлениями полигональной формы под массивным фибрином в дне. Края образования стали более инфильтрированы и ригидны. При инсуффляции воздуха слизистая передней стенки расправлялась с трудом. Цвет слизистой образования стал более гиперемированный. Это позволило скорректировать схему терапии и добиться продолжения положительной динамики.

Заключение

Данный клинический пример показывает неоспоримое преимущество эндоскопических методов исследования у данной группы больных, которые позволяют не только производить контроль эффективности терапии, а так же выполнять лечебные манипуляции.

Возможности лечения язвенной болезни с использованием эндоскопической фотодинамической терапии

Галкин В. Н., директор МРНЦ им. А. Ф. Цыба, филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, д.м.н., проф.

Романко Ю. С., зав. научно-организационным отделом МРНЦ им. А. Ф. Цыба, филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, д.м.н., проф.
г. Обнинск

По данным мировой статистики распространенность язвенной болезни двенадцатиперстной кишки среди взрослого населения всех стран достигает 10%.

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в лечении язвенной болезни, отмечается рост заболеваемости язвенной болезнью, увеличивается количество пациентов с осложненным течением. От связанных с неадекватным лекарственным лечением больных язвенной болезнью осложнений в Российской Федерации ежегодно умирает около 6 тыс. человек в трудоспособном возрасте.

К настоящему времени накоплен значительный материал по лечению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и ее осложнений с использованием низкоинтенсивных лазеров (Скобелкин О. К. и соавт., 1997).

С доказательством значимости *Helicobacter pylori* в развитии и рецидивировании язвенной болезни кардинально изменились взгляды на патогенез и тактику лечения заболевания.

Результаты лечения больных с воспалительными процессами желудка и двенадцатиперстной кишки зависят от адекватности эрадикации *Helicobacter pylori*.

В тоже время, успешность эрадикационной терапии значительно снижается от развития резистентности *Helicobacter pylori* к антибиотикам, различных проявлений токсических эффектов и непереносимости адекватной антибактериальной терапии.

В последние годы появились работы по применению фотодинамической терапии (ФДТ), в лечении гнойных ран различного генеза и длительно незаживающих ран и трофических язв различного генеза. Эффективность этого метода обусловлена свойствами фотосенсибилизаторов накапливаться в бактериях, благодаря интенсивности митотических процессов в них, и подвергаться разрушению под действием лазерного излучения.

В 1999 г в Сибирском центре лазерной медицины Огиренко А. П. и соавторы показали хороший клинический эффект ФДТ при заболеваниях двенадцатиперстной кишки, ассоциированных с *Helicobacter pylori*, с применением фотосенсибилизатора фотосенса.

В 2001 году в Витебской детской областной клинической больнице Заблюдский А. Н. и соавторы получили эрадикацию *Helicobacter pylori* у 80,1% детей с применением ФДТ с метиленовым синим.

В 2005 году Дуванский В. А. и соавторы опубликовали результаты комплексного лечения дуоденальных язв с применением эндоскопической фотодинамической терапии и отечественного фотосенсибилизатора хлоринового ряда фотодитазина.

В их исследовании было доказано также, что применение эндоскопической фотодинамической терапии с использованием фотодитазина активизирует транскапиллярный обмен в области язвенного дефекта и способствует восстановлению структуры и функции микроциркуляторного русла пораженной области, способствует стимуляции процессов регенерации, нормализации регионарной микроциркуляции, позволяет добиться эрадикации *Helicobacter pylori*, избегая токсических эффектов антибактериальной терапии, существенно улучшает результаты лечения больных с дуоденальными язвами, сокращая сроки заживления язвенных дефектов, снижая частоту возникновения рецидивов в 1,67 раза.

Вышеизложенное позволяет утверждать, что поиск новых методик эрадикации *Helicobacter pylori* с помощью фотодинамической терапии остается весьма и весьма актуальным.

Большой прогресс в лечении этой патологии клиницисты смогли бы достичь с помощью проведения расширенных экспериментальных работ и многоцентровых клинических исследований.



Галкин В. Н.



Романко Ю. С.

www.zmir.ru

HUGER
VIDEO ENDOSCOPY

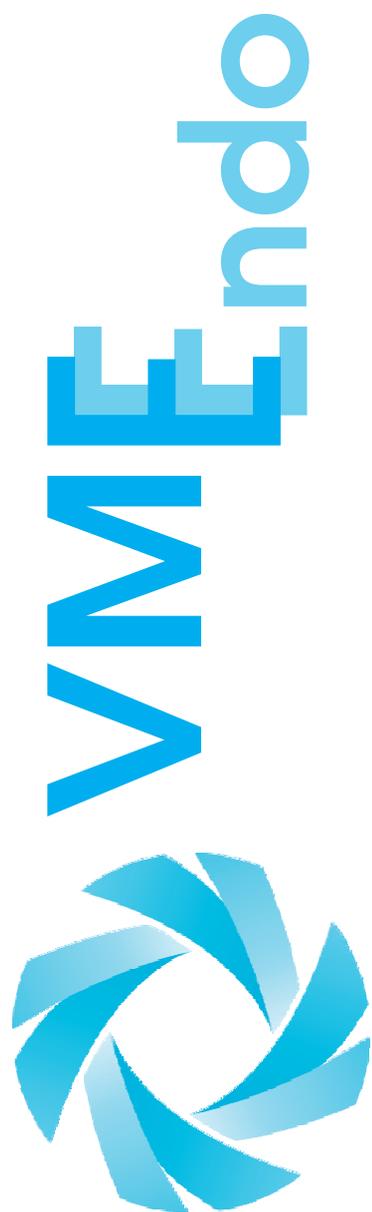
**2600 SERIES
VIDEO ENDOSCOPE**



**ВИДЕОГАСТРОСКОП
ВИДЕОКОЛОНОСКОП
ВИДЕОБРОНХОСКОП
ВИДЕОЛАРИНГОСКОП**

**(812) 385-74-55
(812) 294-09-29**





МЫ ГОТОВЫ К ПЕРЕМЕНАМ. А ВЫ?

WWW.AOHUA.RU

8-800-555-85-68



**Федеральное государственное
учреждение здравоохранения**

**КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА №122
им. Л.Г. СОКОЛОВА**

**Федерального
медико-биологического агентства**

Лауреат Премии Санкт-Петербурга
по качеству 2003 года
Дипломант Премии Правительства
России по качеству 2004 года

Лицензия № ФС-99-01-005383 от 29.05.2008

**НЕОТЛОЖНАЯ
стационарная и амбулаторная
ПОМОЩЬ
круглосуточно
включая выходные и праздничные дни**

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, КОНСУЛЬТАЦИИ
СПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ
449-6020, 449-6033

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ
449-6035, 558-4709, 8 (903) 092-9724

ВСЕ ВИДЫ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ
559-9682

ВСЕ ВИДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СОСУДОВ
558-9682

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
559-9851

ДЕНСИТОМЕТРИЯ
558-8649

ВСЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
559-9951

РАДИОНУКЛИДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
559-9901

ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
448-0565, 559-9595 (круглосуточно)

Наш адрес:

194291, Санкт-Петербург, пр. Культуры, 4
www.med122.com

НИКОГДА НЕ ЭКОНОМЬТЕ НА ЗДОРОВЬЕ!

РОССИЙСКОЕ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО



актуальные вопросы
Эндоскопии
Санкт-Петербург

ЗАБОЛЕВАНИЯ ТРАХЕИ

И БРОНХОВ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

VII ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«Актуальные вопросы эндоскопии 2016»

НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ ЭНДОСКОПИИ



AD-KS 81 09/2015/A-RU

KARL STORZ – ваш компетентный партнер в обучении и повышении квалификации

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE

KARL STORZ GmbH & Co. KG, Mittelstraße 8, 78532 Tuttlingen/Germany
ООО KARL STORZ Эндоскопы - ВОСТОК, Россия, 115114, Москва/Russia, Дербеневская наб. д. 7, стр. 4.
www.karlstorz.com

Эндоскопическое лечение рубцовых стенозов трахеи

Дробязгин Е. А., д.м.н., профессор кафедры госпитальной и детской хирургии НГМУ, торакальный хирург, эндоскопист отделения торакальной хирургии

Чикинев Ю. В., д.м.н., проф., зав. кафедрой госпитальной и детской хирургии НГМУ, торакальный хирург отделения торакальной хирургии

Аникина М. С., врач-эндоскопист

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

г. Новосибирск

Количество пациентов с рубцовыми стенозами трахеи постинтубационной или посттрахеостомической этиологии не имеет тенденции к уменьшению. Увеличение количества оперативных вмешательств у пациентов различных возрастных групп, нарушение правил ухода за интубационными/ трахеостомическими трубками или правил выполнения трахеостомии, ведет к формированию рубцового стеноза трахеи.

Основным способом лечения, ведущим к выздоровлению пациентов, является циркулярная резекция трахеи с анастомозом конец в конец. Эндоскопические методики применяются как с целью предоперационной подготовки (бужирование трахеи перед ее циркулярной резекцией), так и могут являться основным методом лечения этих пациентов при невозможности выполнения резекции по состоянию здоровья, анатомических особенностей или отказе пациентов от операции.

В клинике кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета НГМУ в отделении торакальной хирургии ГБУЗ НСО «ГНОКБ» в период с 1998 по 2015 год на лечении находилось 107 пациентов с диагнозом: рубцовый стеноз трахеи. Из них: мужчин — 75, женщин — 32. Возраст пациентов был от 15 до 83 лет.

Причиной возникновения стеноза являлись: длительная ИВЛ через интубационную трубку у 29 пациентов, выполненная трахеостомия у 70 (сужение было в зоне трахеостомы или на протяжении стояния трахеостомической трубки), у 5 пациентов сужение возникло в зоне трахеального анастомоза после циркулярной резекции по поводу рубцового сужения трахеи, у 2 после трахеоларингопластики и ликвидации трахеофиссуры, и у 1 после лучевой терапии по поводу первичного рака трахеи.

Тактика эндоскопического лечения зависела от выраженности явлений дыхательной недостаточности при поступлении в стационар. При отсутствии выраженных дыхательных расстройств в плановом порядке проводилась линейная томография трахеи и фиброларинготрахеобронхоскопия с оценкой локализации стеноза, протяженности рубцовых изменений и последующим бужированием трахеи. Такая тактика была предпринята у ... пациентов. При поступлении в тяжелом состоянии, с выраженными явлениями дыхательной недостаточности в экстренном порядке проводилась фиброларинготрахеобронхоскопия с оценкой локализации стеноза с последующим одномоментным эндоскопическим расширением суженного участка трахеи (... пациентов).

При проведении дообследования участок сужения располагался в верхней трети трахеи у 43 пациентов, в верхней трети и подскладочном отделе гортани у 17, в верхней и средней трети трахеи у 10, в средней трети трахеи у 9, в средней и нижней трети трахеи у 3, в нижней трети трахеи у 11. У 4 пациентов просвет трахеи был облитерирован выше трахеотомического отверстия. В 10 случаях имелись грануляции по ходу суженного участка, расположенные преимущественно по верхнему краю участка сужения. В 4 случаях течение осложнялось наличием трахеопищеводного соустья в зоне сужения или чуть ниже его.

Просвет в зоне сужения составлял от 1 до 7–8 мм в диаметре. Протяженностью участка сужения составляла от 0,2–0,3 см до 5 см. При этом измерение участка рубцового поражения трахеи проводилось после эндоскопического расширения суженного участка трахеи. Для расширения трахеи исполь-



Дробязгин Е. А.



Аникина М. С.

зовались тубусы ригидного бронхоскопа Friedel (ГДР) (101 пациент). Оптимальным считаем одномоментное расширение суженного участка трахеи до тубусов 10–12 Friedel. В двух случаях из-за выраженного сужения просвета трахеи до 1–2 мм использование тубусов было невозможно. В обоих случаях рубцовый процесс локализовался в нижней трети трахеи (ниже или на уровне дистального края трахеостомической рубки). Расширение трахеи у этих пациентов осуществлялось по металлической струне-проводнику, установленной ниже участка сужения через инструментальный канал эндоскопа, проведенного через трахеостомическое отверстие. Просвет трахеи расширен до бужей 28–30 Fr, а дальнейшее бужирование осуществлено тубусами бронхоскопа.

Первым этапом лечения проводилось одномоментное эндоскопическое расширение суженного участка трахеи до тубусов 10–12 Friedel. Продолжительность «светлого» периода (до наступления рестеноза) составляла от 1 суток до 2–3 месяцев.

В 58 случаях пациентам с коротким участком сужения удалось стабилизировать суженный участок трахеи путем его бужирования. Количество курсов эндоскопического лечения составляло от 2 до 9.

У 45 пациентов (в том числе у 3 со стенозами трахеальных анастомозов после циркулярной резекции) не удалось добиться формирования грубого рубцового каркаса в зоне сужения. Этим пациентам выполнено бужирование суженного участка трахеи с установкой в зону сужения стента. Большинству пациентов были установлены силиконовые стенты типа Dumon внутренним размером 9 мм у 5, 10 мм у 37 и 11 мм у 1. Длина стентов была от 2,5 до 6 см. В 2 наблюдениях применялись стенты изготовленные из интубационных трубок № 7,5 и 8, фиксировавшиеся к тканям шеи.

Все вмешательства проводились в условиях общей анестезии. После расширения суженного участка трахеи стент устанавливался в зону сужения таким образом, что его края находились на 0,3–0,5 см выше и ниже участка сужения. В послеоперационном периоде на 1, 3 и 6 сутки контролировалось его положение. Коррекция положения стента у первые 3 суток после его установки потребовалась 3 пациентам из-за незначительного смещения стента ниже участка сужения. Рестентирование выполнено 1 пациентке с 1 сутки после вмешательства из-за миграции стента ниже участка сужения и развития дыхательной недостаточности.

Далее решение о проведении эндоскопического контроля осуществлялось в сроки 1, 3, 6 и 12 месяцев после установки стента.

В ходе наблюдения за пациентами после стентирования возник ряд осложнений (15 пациентов). При использовании стентов из интубационных трубок в обоих случаях миграция ниже участка сужения из-за прорезывания лигатуры в сроки 3 и 6 месяцев. При использовании силиконовых стентов — 1 пациентка откашляла через 2 месяца после установки (при наблюдении в течение 3 лет жалоб нет), откашляла стент 5 пациентов в сроки более чем 2 месяца. У 5 пациентов стент мигрировал ниже участка сужения в течение 1 года. В 2 наблюдениях (длительные сроки стентирования) через 3 года после установки произошла миграция стента ниже участка сужения, при этом рестеноза не возникло из-за формирования стойкого крепкого рубца в зоне сужения. Тактика лечения при возникновении осложнений зависела от выраженности явлений дыхательной недостаточности. Пациентам со стентами из интубационных трубок выполнено их удаление. Рестеноз был у 1 пациентки через 3 года после стентирования (рестентирование силиконовым стентом). В 4 случаях при силиконовом стента откашливании стента в сроки более 6 месяцев рестеноза не последовало. В остальных случаях выполнено повторное стентирование (1) и коррекция положения стента (5 пациентов).

Удаление стентов осуществлялось в сроки от 10 до 14 месяцев после их установки в условиях общей анестезии. Во всех случаях рестеноза в первые сутки после удаления не было. У 2 пациентов с трахеопищеводным свищем удалось добиться заживления свища. В 2 случаях потребовалась циркулярная резекция рубцово измененного участка трахеи со свищем.

Рестеноз возник у 14 пациентов в сроки от 5 суток до 1 месяца после удаления (мужчин — 13, женщина — 1), что потребовало бужирования и рестентирования суженного участка трахеи. Всего: в 11 наблюдениях стенты были установлены дважды, а в 3 трижды.

Выводы

Эндоскопические вмешательства при рубцовых стенозах трахеи позволяют восстановить проходимость суженного участка и при необходимости подготовить пациента к плановому вмешательству на трахее. Стентирование трахеи может являться альтернативой циркулярной резекции трахеи, обеспечивая формирование стойкого просвета у большинства пациентов.

Применение клапанной бронхоблокации у пациентов с гнойными заболеваниями легких и плевры

Дробязгин Е. А., д.м.н., профессор кафедры госпитальной и детской хирургии НГМУ, торакальный хирург, эндоскопист отделения торакальной хирургии

Чикинев Ю. В., д.м.н., проф., зав. кафедрой госпитальной и детской хирургии НГМУ, торакальный хирург отделения торакальной хирургии

Аникина М. С., врач-эндоскопист

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

г. Новосибирск

Не смотря на совершенствующиеся методики лечения пациентов с гнойными заболеваниями легких и плевры, лечение пациентов с бронхоплевральными свищами на фоне деструктивной пневмонии и эмпиемы плевры остается актуальной проблемой. Окклюзия бронха, несущего свищ, позволяет расправить легкое, ликвидировать пневмоторакс и санировать плевральную полость, не прибегая к плеврэктомии и декорткации.

В клинике кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета НГМУ в отделении торакальной хирургии ГБУЗ НСО «ГНОКБ» методика клапанной бронхоблокации применена при лечении 17 пациентов с гнойно-деструктивными заболеваниями легких и плевры. Среди пациентов: 14 — мужчины и 3 женщины. Возраст пациентов составлял от 15 до 65 лет. Большинство пациентов (13) была переведена в наш стационар в связи с невозможностью купирования пневмоторакса и эмпиемы плевры из-за наличия бронхоплеврального свища. В меньшем числе случаев (4) блокаторы были установлены пациентам с несостоятельностью культи бронха (у 2), промежуточного бронха (у 1) и нижнедоле-

вого бронха (у 1 пациента) в послеоперационном периоде и эмпиемой плевры.

Для уточнения локализации бронхоплеврального свища больным проводилась рентгеновская компьютерная томография (Р-КТ) органов грудной клетки, или фибробронхоскопия с контрастированием «адресного» бронха 1% раствором бриллиантового зеленого с 1% раствором перекиси водорода, который вводился по плевральному дренажу в 9 случаях. Использование данной методики позволило определить с бронх, несущий свищ у большинства пациентов (8).

Вмешательство проводилось при фибробронхоскопии под местной анестезией 5% раствором лидокаина. Установленный на дистальный конец фибробронхоскопа бронхоблокатор проводился и устанавливался в соответствующем бронхе при помощи щипцов для биопсии (рисунок 2). Установлены бронхоблокаторы следующих размеров (№№): 9 — у 2 пациентов; 10 — у 4; 11 — у 5; 12 — у 2; 13 — у 3.

В культю правого главного бронха блокатор установлен 2 пациентам, в бронх верхней доли право-



Рис. 1. ФЛГ органов грудной клетки до установки блокатора. Определяется пневмоторакс в верхних и боковых отделах левого гемиторакса

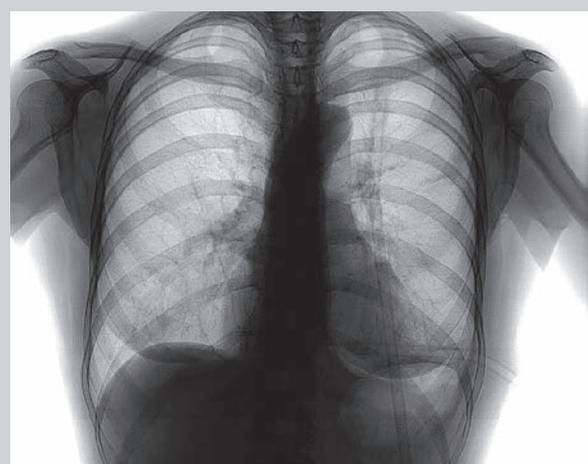


Рис. 2. ФЛГ органов грудной клетки через 2 суток после установки блокатора. Купирование пневмоторакса. Оба легких расправлены

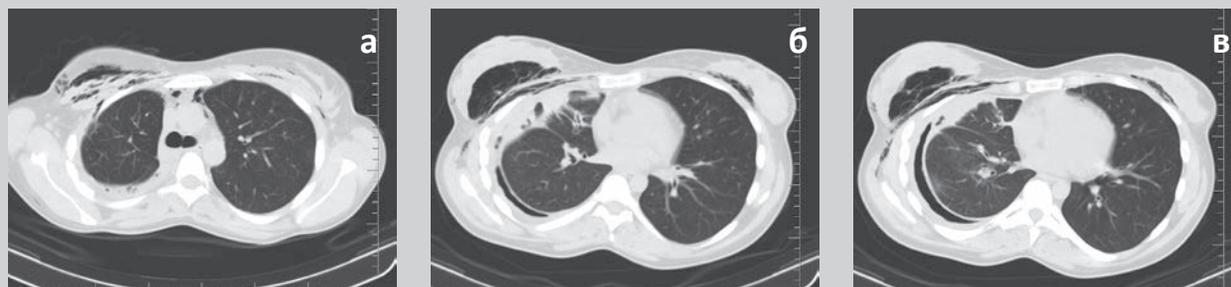


Рис. 3 (а, б, в). Р-КТ органов грудной клетки до установки бронхоблокатора. Определяется подкожная эмфизема правой половины грудной клетки, пневмогидроторакс, очаг деструкции в верхней доле правого легкого

го легкого 1, в бронх верхней доли левого легкого 2, бронх нижней доли правого легкого 1, бронх нижней доли левого легкого 2, промежуточный бронх 5, бронхи базальных сегментов правого легкого 3, бронх нижней доли правого легкого 1, бронх нижней доли левого легкого 2. В двух случаях пациентам выполнена блокация бронхов средней доли и нижней доли правого легкого, верхней доли и нижней доли правого легкого. Технические сложности были при установке блокаторов в верхнедолевой бронх правого легкого из-за анатомических особенностей его отхождения от правого главного бронха. У большинства пациентов (16) в течение первых 3–4 часов с момента установки отмечено уменьшение или прекращение утечки воздуха по плевральным дренажам. Дополнительная клапанная бронхоблокация потребовалась 2 пациентам из-за сохраняющегося сброса воздуха.

Хороший клинический эффект был у всех пациентов (уменьшение или прекращение утечки воздуха по дренажам из плевральной полости и разрешение пневмоторакса), что подтверждалось данными рентгенографии органов грудной клетки или Р-КТ органов грудной клетки (рисунки 1 и 2). Во всех случаях после проведения курса антибактериальной терапии после установки блокатора, пациенты выписывались из стационара для продолжения амбулаторного лечения на срок от 2 недель до 2 месяцев. Дренажи из плевральной полости не удалялись.

При повторной госпитализации в срок от 2 недель до 2 месяцев после выполнения бронхоблокации 12 пациентов поступали в стационар с отсутствием отделяемого по плевральным дренажам и уменьшением или исчезновением остаточной плевральной полости, подкожной эмфиземы, что подтверждалось данными Р-КТ органов грудной клетки (рисунки 3 (а, б, в) и 4 (а, б, в)). При несостоятельности культи правого главного бронха целью установки блокатора была санация остаточной плевральной полости для последующей торакомиопластики, что было выполнено через 3 и 6 месяцев в соответствующих наблюдениях. Лечение 3 пациентов продолжается.

Удаление блокатора проводилось под местной анестезией. Во всех случаях это происходило при фибробронхоскопии с использованием захвата типа «крысиный зуб». После извлечения клапанного бронхоблокатора выявлен эндобронхит, ограниченный зоной стояния бронхоблокатора: катаральный 1–2 степени у 12 пациентов, у 2 пациентов — фибринозный 2 степени.

Выводы

Применение клапанной бронхоблокации у пациентов с гнойными заболеваниями легких и плевры, осложненными бронхоплевральными свищами позволило избежать оперативного вмешательства в 70,6% случаев. Использование этого метода в торакальных отделениях экономически оправдано из-за уменьшения сроков госпитализации и хороших клинических результатов.



Рис. 4 (а, б, в). Р-КТ органов грудной клетки через 1 месяц после установки бронхоблокатора. Купирование подкожной эмфиземы, пневмогидроторакса, участок фиброза легочной ткани в месте деструкции

Эндоскопическая окклюзия бронхов у пациентов с буллезной эмфиземой легких при утечке воздуха после торакаоскопических вмешательств

Дробязгин Е. А., д.м.н., профессор кафедры госпитальной и детской хирургии НГМУ, торакальный хирург, эндоскопист отделения торакальной хирургии
Чикинев Ю. В., д.м.н., проф., зав. кафедрой госпитальной и детской хирургии НГМУ, торакальный хирург отделения торакальной хирургии
Аникина М. С., врач-эндоскопист
ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»
Щербина К. И., ординатор кафедры госпитальной и детской хирургии НГМУ
Пионтовская К. А., аспирант кафедры госпитальной и детской хирургии НГМУ
г. Новосибирск

Послеоперационные осложнения у пациентов с буллезной эмфиземой легких остаются актуальной проблемой в торакальной хирургии. Совершенствующиеся способы выполнения вмешательства у данной категории пациентов, претерпели кардинальные изменения от достаточно высоко травматичной торакотомии, до торакоскопии или VATS-вмешательств. Но даже блестяще технически выполненное вмешательство может потребовать повторной операции из-за отсутствия адекватного расправления легкого или нарушения герметичности легочной ткани в раннем послеоперационном периоде. Применявшиеся ранее в клинической практике методики ригидной трахеобронхоскопии и окклюзии бронха поролоном, трансформировались в фибробронхоскопию с клапанной бронхоблокацией у этой категории пациентов.

В клинике кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета НГМУ в отделении торакальной хирургии ГБУЗ НСО «ГНОКБ» были оперированы 188 пациента с диагнозом буллезная эмфизема легких. Мужчин было 153, женщин 35. Возраст пациентов от 16 до 78 лет. В анамнезе у всех пациентов был эпизод пневмоторакса на стороне операции. Диагноз буллезной эмфиземы легких подтверждался данными Р-КТ исследования органов грудной клетки. Всем пациентам выполнены различные варианты торакаоскопических операций: резекция булл, их иссечение, диатермоэлектрокоагуляция булл, резекция буллезно измененного участка легочной ткани.

Осложнения в виде отсутствия расправления легкого и утечка воздуха по дренажам из плевральной полости в послеоперационном периоде возникли у 20 пациентов мужского пола в возрасте от 18 до 78 лет. Распределение по виду оперативного вмешательства: в 11 наблюдениях выполнялась диатермокоагуляция булл и плеврэктомия, в 9 — резекция буллезно измененного участка легкого и плеврэктомия.

В качестве методики лечения для прекращения утечки воздуха выполнена окклюзия долевого бронха клапанной бронхоблокатором Medlung (Россия). Вмешательство проводилось на 7–9 сутки после выполне-

ния операции при отсутствии динамики утечки воздуха и рентгенологической картины.

Во всех случаях блокатор устанавливался под местной анестезией на спонтанном дыхании. Установленный на дистальный конец рабочей части фибробронхоскопа бронхоблокатор (рисунок 1.) проводился и устанавливался в соответствующем бронхе при помощи щипцов для биопсии (рисунок 2). Установлены бронхоблокаторы следующих размеров (№№): 9 — у 1 пациента; 10–4; 11–10; 12–3; 13–2. У трех пациентов через 1–2 суток после первичной блокации была проведена дополнительная бронхоблокация из-за сохраняющегося сброса воздуха в течение суток после установки первого блокатора.

В бронх верхней доли правого легкого блокатор установлен 9 пациентам, в бронх верхней доли левого легкого 4, бронх нижней доли правого легкого 1, бронх нижней доли левого легкого 1, бронх средней доли правого легкого 1, бронхи базальных сегментов правого легкого 1. Трем пациентам выполнена блокация бронхов верхней и нижней долей левого легкого, верхней доли правого легкого и промежуточного бронха, средней и нижней доли правого легкого. Технические сложности были при установке блокаторов в верхнедолевой бронх правого легкого из-за анатомических особенностей его отхождения от правого главного бронха. Осложнений в процессе проведения вмешательства отмечено не было. У большинства пациентов (15) в течение первых



Рис. 1. Фибробронхоскоп с бронхоблокатором на его дистальном конце перед установкой в бронх

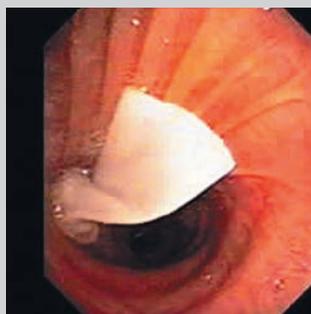


Рис. 2. Эндофотограмма. Бронхоблокатор, установленный в верхнедолевой бронх правого легкого



Рис. 3. Рентгенография органов грудной клетки до установки бронхоблокатора (пневмоторакс, подкожная эмфизема, дренажи в плевральной полости)



Рис. 4. Рентгенография органов грудной клетки на 2 сутки после установки бронхоблокатора. Положительная динамика: легкое полностью расправлено

3–4 часов с момента установки отмечено уменьшение утечки воздуха по плевральным дренажам.

У 17 пациентов получен хороший клинический эффект, выражающийся в прекращении утечки воздуха по дренажам из плевральной полости и разрешение пневмоторакса, что подтверждалось данными рентгенографии органов грудной клетки (рисунки 3 и 4). При этом у большинства пациентов (15) улучшение происходило в первые сутки после установки бронхоблокатора. Дренажи из плевральной полости удалялись на 3–4 сутки при расправлении легкого и прекращения утечки воздуха.

Из-за отсутствия эффекта от вмешательства были оперированы 3 пациента. Блокатор удалялся на операционном столе перед интубацией. В 2 случаях выполнена торакотомия, ревизия и ушивание бронхоплевральных свищей. У 1 пациента объем вмешательства был реторакоскопия, ушивание бронхоплеврального свища.

Блокатор удалялся из «адресного бронха» в срок от 3 дней до 5 месяцев после его установки. В большинстве случаев (у 19 пациентов) это происходило при фибробронхоскопии с использованием захвата

типа «крысиный зуб». После извлечения клапанного бронхоблокатора выявлен эндобронхит, ограниченный зоной стояния бронхоблокатора: катаральный 2–3 степени у 8 пациентов, у 11 пациентов — фибринозный 2 степени. В 1 случае в зоне фиксации клапанного бронхоблокатора появилось разрастание грануляционной ткани, что препятствовало его извлечению при фибробронхоскопии, и потребовало применения ригидной трахеобронхоскопии.

Выводы

Применение эндоскопической окклюзии с использованием клапанного бронхоблокатора у пациентов с буллезной эмфиземой легких при осложнениях торакоскопических оперативных вмешательств позволило избежать повторного открытого оперативного вмешательства у 85% пациентов. Данная методика может более широко использоваться в практике торакальных отделений. Считаем, что установку бронхоблокатора необходимо проводить на 4–5 сутки после операции при возникновении осложнений, что позволит уменьшить сроки госпитализации пациентов.

Опыт применения метода клапанной бронхоблокации у больных деструктивными формами туберкулеза легких

Ждакаев М. С., к.м.н., зав. эндоскопическим отделением, врач-эндоскопист

Перминова И. В., к.м.н., зав. физиотерапевтическим отделением, врач-физиотерапевт

Рейхардт В. В., гл. врач, Заслуженный врач Р. Ф.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Противотуберкулезный клинический диспансер «Фтизиопульмонология»

г. Пермь

В современных условиях роста распространенных деструктивных форм туберкулеза легких и роста лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ) возрастает роль коллапсотерапевтических методов лечения (искусственный пневмоторакс и пневмоперитонеум) и методов временной эндоскопической окклюзии бронхов. В ГБУЗ ПК ПКД «Фтизиопульмонология» с 1973 года применялись поролоновые obturatory, которые в ряде случаев приводили к осложнениям (обострение гнойного эндобронхита, пролежни слизистой оболочки бронхов в месте нахождения obturatory). Метод клапанной бронхоблокации (КББ) достаточно прост в выполнении и позволяет избежать вышеперечисленных осложнений.

Метод сертифицирован (регистрационное удостоверение № ФСР 2011/12768 от 28.12.2011 г.) для применения в Российской Федерации и защищен патентами на изобретения № 2244517 от 20.01.05 г. «Способ лечения туберкулеза легких» и № 2005133057 от 26 октября 2005 г. «Устройство для лечения туберкулеза легких и его осложнений».

В ГБУЗ ПК ПКД «Фтизиопульмонология» метод КББ применяется с 2010 года. За этот период эндобронхиальные клапаны (ЭК) установлены 70 пациентам (50 пациентов хирургического отделения и 20 пациентов терапевтического отделения), из них мужчин — 53 (75,6%), женщин — 14 (24,4%). Средний возраст пациентов составил 43,6 + 3,2 лет. Показаниями для установки ЭК у терапевтических пациентов являлось наличие длительно не закрывающихся полостей распада при адекватной химиотерапии в течение 4–6 месяцев, стойкое бактериовыделение, наличие противопоказаний для хирургических методов лечения. Установка ЭК в комбинации с коллапсохирургическими вмешательствами позволяет повысить эффективность лечения.

Установка клапана производилась при фибробронхоскопии (ФБС) в соответствии с «Федеральными клиническими рекомендациями по использованию метода клапанной бронхоблокации в лечении туберкулеза легких и его осложнений», Москва, 2015 г.

Нами использовался видеоэндоскоп HUGER: видеобронхоскоп VB-2600 с диаметром вводимой трубки 6,0 мм, диаметром инструментального канала 2,2 мм; видеопроцессор VER2600F.

Перед установкой клапана проводилась диагностическая фибробронхоскопия. Воспаление трахеобронхиального дерева было выявлено у 100% пациентов: из них у 12 пациентов диагностирован двусторонний диффузный гнойный эндобронхит (17,1%), что являлось противопоказанием для установки ЭК. Этим больным проводились санационно-лечебные бронхоскопии с активной аспирацией содержимого трахеобронхиального дерева и последующим введением 10 мл 0,1% раствора диоксида через день в течение 2-х недель. При контрольной ФБС у этих пациентов выявлялся двусторонний диффузный катаральный эндобронхит 1 степени, не являющийся противопоказанием для метода КББ.

У 50 пациентов (71,4%) ЭК устанавливался после хирургических вмешательств: резекция пораженного участка легкого — 29 пациентов (из них 21 пациенту выполнена сегментэктомия, 8 пациентам — лобэктомия), лечебная остеопластическая 5-реберная торакопластика — 11 пациентов. У 10 пациентов применялось комбинированное хирургическое лечение: резекция пораженного участка легкого с последующей торакопластикой.

С целью предупреждения перерастяжения неблокированных участков легочной ткани за 48 часов до установки ЭК 41 больному проводилось наложение искусственного пневмоперитонеума в объеме 600 мл.

Через 7 дней проводилась контрольная ФБС. Осложнения метода КББ наблюдались у 12 пациентов (17,1%): миграция клапана отмечалась у 2 пациентов, разрастание грануляционной ткани — у 7 пациентов, что являлось основанием для удаления ЭК. Острое прогрессирование туберкулезного процесса с нарастанием легочно-сердечной недостаточности, приведшее к смерти — у 2 пациентов с сопутствующей ВИЧ-инфекцией. Впервые нами наблюдался случай непрерывного приступообразного кашля у пациента сразу после установки ЭК и не снимающегося противокашлевыми препаратами в течение 2 дней, что послужило причиной для удаления ЭК.

Эффективность метода КББ оценивалась через 2 месяца при комплексном обследовании больных, включая фибробронхоскопию, рентгенологические методы исследования, показатели периферической крови. Отсутствие рентгенологических признаков КББ наблюдалось у 11 из 58 пациентов (18,9%), что, вероятно, связано с деформацией трахеобронхиального

дерева и сообщением деструктивных изменений с неблокированными участками легкого. Положительная рентгенологическая динамика в виде уменьшения полостей деструкции на фоне ателектаза заблокированного клапаном участка легкого наблюдалась у 47 пациентов из 58 (81,1%). У 45 пациентов (77,6%) наблюдалось прекращение бактериовыделения на момент выписки из стационара, подтвержденное 2-х кратным исследо-

ванием мокроты люминисцентным и бактериологическим методами.

Таким образом, применение эндобронхиального клапана является эффективным методом лечения деструктивных форм туберкулеза легких и может применяться как у терапевтических пациентов с противопоказаниями к хирургическому вмешательству, так и в комплексе с лечебно-хирургическими методами лечения.

Список литературы

1. Андриенко А.А. и др. Современная коллапсохирургия распространенного фиброзно-кавернозного туберкулеза легких // Актуальные вопросы диагностики и лечения туберкулеза: научн.тр. Всеросс.научн.— практ.конф. 21–22 апреля 2005 г.— СПб., 2005.— С. 180–182.
2. «Федеральные клинические рекомендации по использованию метода клапанной бронхоблокации в лечении туберкулеза легких и его осложнений». Москва, 2015 г.
3. Левин А.В. Клапанная бронхоблокация в лечении больных распространенным лекарственно-устойчивым туберкулезом легких./А.В. Левин, Е.А. Цеймах, А.М. Самуйленков и др./ Проблемы туберкулеза и болезней легких.— 2007.— № 4.— С. 13–16.
4. Левин А.В. Применение эндобронхиальных клапанов в комплексном лечении больных ограниченным фиброзно-кавернозным туберкулезом легких./ А.В. Левин, Е.А. Цеймах, П.Е. Зимонин и др./ Проблемы клинической медицины.— 2013.— № 2 (31).— С. 60–64.
5. Краснов Д.В. Остеопластическая торакопластика с применением эндобронхиального клапана в комплексном лечении больных распространенным фиброзно-кавернозным туберкулезом легких./Д.В. Краснов, Н.Г. Грищенко, Т.Г. Бессчетный и др./ Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН.— 2011.— № 2 (78).— С. 52–57.

Первый опыт применения ригидного дилатационного бронхоскопа при лечении стенозов трахеи в эндоскопическом отделении Красноярской краевой клинической больницы

Жегалов П. С., зав. отделением, Самойленко А. В., Чашин Р. Н., Денисова А. Б., Антипенко Н. Е., Мелкомуков В. А., Коцур М. Л.

КГБУЗ Краевая клиническая больница

г. Красноярск

Введение

Трахея — хрящевой трубчатый орган, который связывает гортань с бронхами. Основной ее функцией является проведение воздуха в легкие и из легких. У взрослых трахея начинается на уровне 6–7 шейных позвонков и оканчивается на уровне тел 4–5 грудных позвонков делением на два главных бронха. Длина трахеи 10–13 см, ширина — 1,5–2,5 см.

Различают шейную и грудную части трахеи, граница между которыми соответствует яремной вырезке грудины спереди и второму грудному позвонку сзади. В грудном отделе трахеи выделяют три части: верхнегрудную, среднегрудную и надбифуркационную.

Стеноз трахеи может быть вызван рубцовыми изменениями стенки трахеи,

сдавлением ее извне при опухолях средостения, новообразованиях щитовидной железы, аномалийными сосудами средостения и врожденной дезорганизацией тканей стенки трахеи, например при экспираторном стенозе [1,4].

Актуальность

В последние годы отмечается рост числа больных с рубцовыми стенозами трахеи. Благодаря достижениям реаниматологии, длительной искусственной вентиляции легких стало возможным спасение больных, которые считались ранее безнадежными. Однако у многих из них через некоторое время развивается картина рубцового стеноза трахеи. По данным разных авторов стенозирование просвета трахеи после трахеостомии достигает 51% [2,4]. Морфологические изменения различны — от повреждения эпителия с образованием эрозий до трансмурального некроза стенки. Рубцовый стеноз трахеи характеризуется замещением нормальной стенки трахеи рубцовой тканью. Существенное значение в развитии стеноза имеет воспалительный процесс в области трахеостомы, давление конца трахеостомической трубки на стенку трахеи или рубцевание вследствие механического повреждения трахеи. Как правило, стеноз развивается в области трахеостомического отверстия или в области расположения манжеты трахеостомической трубки [2,3,4].

В крайне редких случаях причину стеноза трахеи установить не удается. Подобный стеноз носит название идиопатического.

Профилактика — минимальная травма при трахеостомии, строгое соблюдение принципов асептики при любых манипуляциях на трахее, каждые 2 часа снижение давления в манжетке трахеостомической трубки, перемещение трубки по длине, замена трубки каждые 2 дня,

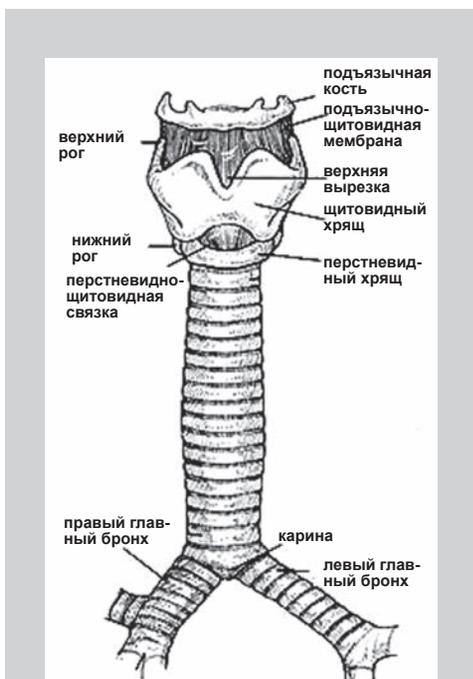
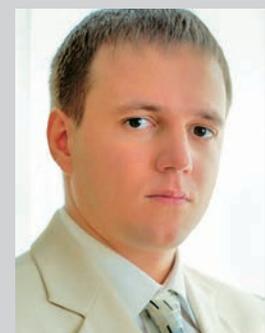


Рис. 1. Анатомия трахеи (Монография «хирургия трахеи и бронхов» Н.С.Grillo, 2004)



Жегалов П. С.



Самойленко А. В.



Чашин Р. Н.



Денисова А. Б.

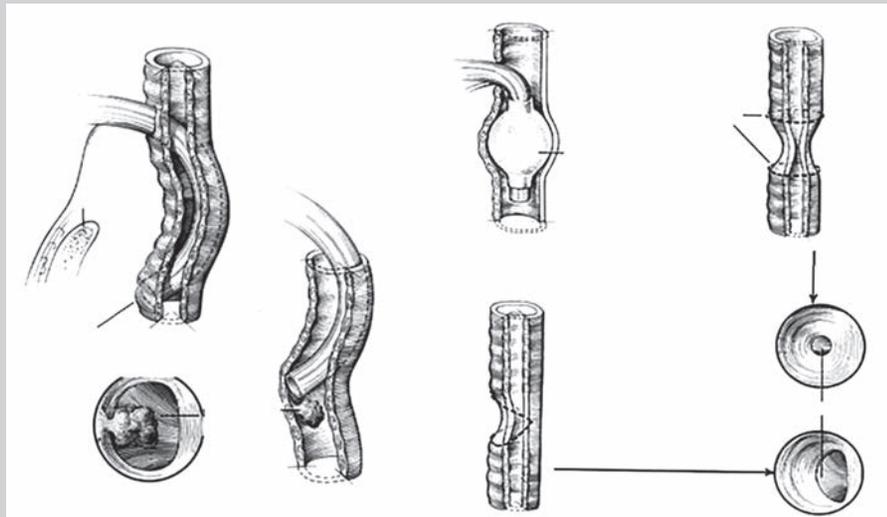


Рис. 2. Механизм формирования стеноза трахеи

антибиотикопрофилактика с учетом чувствительности микрофлоры [2,4].

Лечение

Циркулярная резекция трахеи — единственный радикальный метод лечения.

Эндоскопические методы

1. Бужирование рубцового стеноза — проведение тубуса жесткого брон-

хоскопа. Выполняется под общим наркозом.

2. Удаления рубцовых тканей — электроэксцизия, диатермокоагуляция, APC. Выполняется под общей и местной анестезией с помощью гибкого аппарата.

3. Эндопротезирование суженного участка. Выполняется под общей и местной анестезией.



Антипенко Н. Е.



Мелкомуков В. А.

РУБЦОВЫЕ СТЕНОЗЫ ТРАХЕИ

<p>По этиологии</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Постинтубационный ● Посттрахеостомический ● Посттравматический ● Идиопатический 	<p>По анатомической форме сужения</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Кошцевиная мембрана ● Передняя и боковые стенки ● Задняя и боковые стенки ● Циркулярное сужение 	<p>По локализации</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Горлышко (один или несколько отделов) ● Шейный отдел трахеи ● Верхнегрудной отдел трахеи ● Среднегрудной отдел трахеи ● Надбифуркационный трахеит ● Полисегментарный стеноз 			
<p>По распространности</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Короткий - ≤ 1 см ● Ограниченный - ≥ 1 - ≤ 4 см ● Протяженный - ≥ 4 см 	<p>По степени сужения</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 ст., компенсированный - ≥ 7 - ≤ 9 мм 2 ст., субкомпенсированный - ≥ 5 - ≤ 7 мм 3 ст., декомпенсированный - ≥ 3 - ≤ 5 мм 4 ст. - окклюзия просвета над трахеостомой 				
<p>По наличию</p> <table border="0"> <tr> <td> <p>трахеопищеводного свища</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Со свищем ● Без свища </td> <td> <p>трахеомалации</p> <ul style="list-style-type: none"> ● С трахеомалацией ● Без трахеомалации </td> <td> <p>трахеостомы</p> <ul style="list-style-type: none"> ● С трахеостомой ● Без трахеостомы </td> </tr> </table>			<p>трахеопищеводного свища</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Со свищем ● Без свища 	<p>трахеомалации</p> <ul style="list-style-type: none"> ● С трахеомалацией ● Без трахеомалации 	<p>трахеостомы</p> <ul style="list-style-type: none"> ● С трахеостомой ● Без трахеостомы
<p>трахеопищеводного свища</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Со свищем ● Без свища 	<p>трахеомалации</p> <ul style="list-style-type: none"> ● С трахеомалацией ● Без трахеомалации 	<p>трахеостомы</p> <ul style="list-style-type: none"> ● С трахеостомой ● Без трахеостомы 			

Рис. 3. Классификация рубцовых стенозов трахеи В. Д. Паршин

Виды эндотрахеальных стентов



Рис. 4. Самофиксирующийся эндопротез типа Дюмона

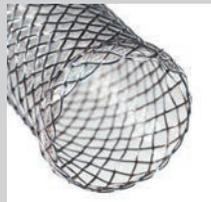


Рис. 5. Саморасправляющийся покрытый стент



Рис. 6. Ригидный бронхоскоп системы Friedel

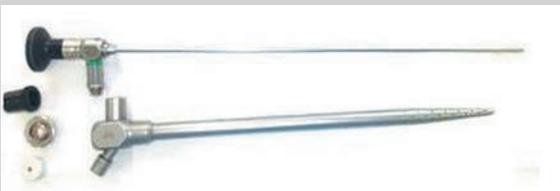


Рис. 7. Ригидный дилатационный бронхоскоп Karl Storz

Бужирование стеноза трахеи тубусом ригидного бронхоскопа различного диаметра или дилатационным бронхоскопом применяется в качестве экстренного паллиативного вмешательства. Для сохранения адекватного просвета трахеи в дальнейшем применяют эндоскопиче-

ские методы лечения, перечисленные выше, в том числе стентирование, или хирургическое лечение хирургические методы лечения [5,6,7].

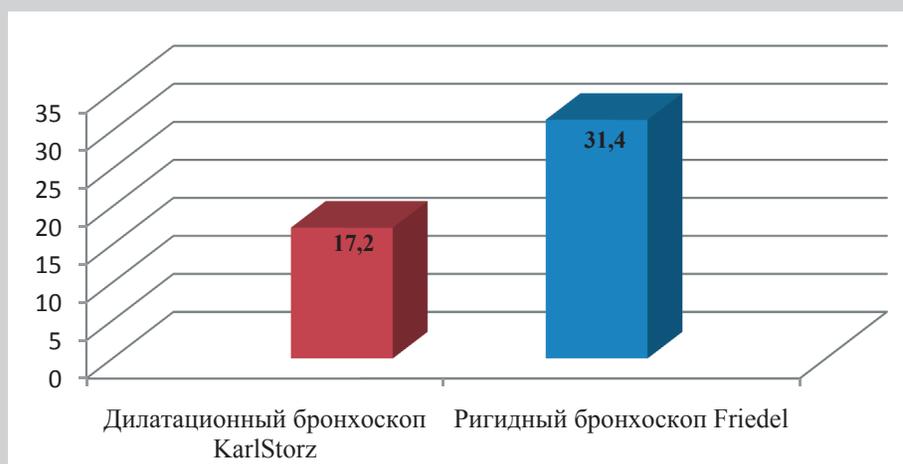
Материалы и методы

В эндоскопическом отделении ККБ в период с 2011 по 2015 г выполнено 93 бужирований стенозов трахеи. До 2015 года бужирование выполнялось ригидным бронхоскопом системы Friedel. Операция выполнялась под общим наркозом, в условиях ИВЛ через контур бронхоскопа. Расширение просвета трахеи достигалось путем поочередного проведения тубусов различного диаметра через суженный участок (от минимального № 5 до максимального № 12–13). Проведение тубусов выполнялось по жесткому проводнику введенному в тубус. При этом визуальный контроль был крайне ограничен. Каждая смена тубуса требовала экстубации трахеи и последующей реинтубации, что существенно увеличивало длительность вмешательства и технически осложняло ход операции, т.к. требовала от оператора большого опыта проведения данного вида вмешательств на ТБД с использованием ригидного бронхоскопа.

С 2015 г в эксплуатацию введен дилатационный бронхоскоп Karl Storz. Аппарат имеет контур для ИВЛ (в т.ч. высокочастотной). Рабочая часть аппарата (тубус) имеет коническую форму: с узкой частью (4 мм) на дистальном конце, которая постепенно расширяется (до 12,5мм). Данная особенность позволяет избежать смены тубусов и многократных реинтубаций. Ход операции существенно упрощен и заключается в однократной интубации трахеи тубусом и проведении его через суженный участок. При этом весь ход операции выполняется под полным видеоэндоскопическим контролем (в тубус вводится ригидная 4-х мм оптика, которая имеет несколько большую длину, чем тубус и выполняет роль проводника, оптика соединяется с видеокамерой).

Всего в 2015 году выполнено 35 бужирований стенозов трахеи с использованием ригидного дилата-

Средняя длительность операции (мин).



ционного бронхоскопа. При анализе выполненных операции отмечено существенное уменьшение времени вмешательства.

Вывод

Внедрение в практику бронхоскопа новой конструкции существенно упростило выполнение бужирования трахеи и сделало его более безопасным. Так же существенно снижен риск травматизации гортани из-за отсутствия необходимости реинтубации по ходу опера-

ции. Использование тубуса конической формы уменьшает травматичность операции, так как при проведении тубуса через место сужения происходит его постепенная дилатация, а не одномоментный разрыв.

В связи с относительно небольшим опытом использования дилатационного бронхоскопа, требуется дальнейшее изучение и сравнение отдаленных результатов, определения времени рестенозирования при применении, бужирования трахеи как монометода и в комбинации с другими методами лечения.

Литература

1. Grillo H. C. Surgery of the trachea and bronchi / H. C. Grillo.— London: BC Decker Inc Hamilton, 2004.— 888 p;
2. Korber, W. R. Flexiguide intubation guide to facilitate airway management with WuScope system / W. R. Korber // Med: Clin. 1999.— Vol. 94.— P. 45–50;
3. W. W. Montgomery «Surgery of the laryngs, trachea, esophagus and neck», 2002//The Journal of Laryngology and Otology/Volume 117 / Issue 04 / April 2003, pp 326–327;
4. Сангинов, А. Б. Этиология и патогенез рубцовых стенозов трахеи / А. Б. Сангинов, И. В. Мосин, Н. В. Мосина // Вестник Авиценны.— 2010.— № 1.— С. 33–39;
5. Русаков, М. А. Современные методы эндоскопического лечения рубцовых стенозов трахеи / М. А. Русаков, В. Д. Паршин, А. А. Елезов // Проблемы туберкулеза и болезней легких.— 2006.— № 3.— С. 11–17;
6. Шафировский, Б. Б. Неотложная эндоскопия критического стеноза трахеи / Материалы научно-практической конференции Актуальные вопросы неотложной эндоскопии.— СПб, 2001;
7. Эндоскопическая диагностика рубцовых стенозов трахеи и гортани, прогноз и лечебная тактика / А. К. Гаврилова, Б. Д. Цибикдоржиев, Л. М. Гармаева, Д. Б. Дашацыренова // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН.— 2009.— № 3.— С. 315–316.

Лечебно-диагностический алгоритм при легочных кровотечениях

Коржева И. Ю., д.м.н.

Чернеховская Н. Е., д.м.н., профессор

Мальцева И. М., к.м.н., доцент

ГБУЗ ГКБ им. С. П. Боткина, ГБОУ ДПО РМАПО

г. Москва

Введение

Легочные кровотечения являются серьезным, нередко смертельным осложнением многочисленных заболеваний различных органов и систем. Если тяжесть легочного кровотечения можно предположить, основываясь на клинических методах обследования, то диагностика причины легочного кровотечения всегда вызывает большие сложности. Лечение больных с различными заболеваниями органов дыхания, осложненными кровотечением, остается чрезвычайно актуальной проблемой.

Целью работы явилось повышение информативности диагностики и качества эндоскопического лечения больных с легочным кровотечением.

Материал и методы

За период 2005–2015 г.г. под нашим наблюдением находились 585 больных с легочным кровотечением. При поступлении, кроме признаков кровотечения (100%) у всех больных отмечались кашель с мокротой (87,1%) или сухой кашель (12,9%), одышка (57,5%), высокая температура (19,2%). Стандартный объем urgentных исследований включал клинический анализ крови и мочи, время свертываемости и длительность кровотечения, определение группы крови и резус-фактора, рентгенографию органов дыхания и КТ легких, бронхоскопию с забором материала для исследования на АК и БК, бактериальную флору. На основании проведенного комплексного обследования причиной легочного кровотечения у 201 пациента явился хронический атрофический бронхит, у 78 больных — пневмония различной локализации, у 34 пациентов — абсцесс легких и 18 больных — бронхоэктазы, у 96 пациентов выявлен рак легкого, у 24 больных — доброкачественные опухоли легких, у 18 пациентов — туберкулез, у 27 больных с инородными телами трахеобронхиального дерева, 84 пациента — хронические канюленосители с эрозивно-язвенным трахеитом, у 5 пациентов выявилась редкая патология.

С целью гемостаза, наряду с гемостатическими препаратами и управляемой гипотонией, во время бронхоскопии всем больным вначале выполняли санацию бронхов «ледяным» изотоническим раствором натрия хлорида. 127 пациентам 2-й и 3-й групп по окончании санации вводили лимфотропно интрабронхиально антибактериальные препараты в разовой дозировке с учетом

чувствительности флоры больного. Из немедикаментозных методов лечения применяли инсуффляцию оксида азота от аппарата «Плазон» с содержанием NO в газовом потоке 300 ppm, в минимальном режиме в течение 1 мин. 4–5 сеансов на курс лечения. 93 больным с атрофическим бронхитом проводили эндобронхиальное облучение гелий-неоновым лазером «АЛОК-1» с экспозицией 300 сек, 5–6 воздействий на курс лечения. Радиоволновое воздействие от аппарата «Сургитрон ТМ» на режиме «коагуляция-резание» 4,5–5,5 использовали для удаления доброкачественных опухолей бронхов и для остановки кровотечения из распадающихся опухолей у больных раком легкого.

Результаты и их обсуждение

Во время бронхоскопии кровотечения 1-й степени (жидкая кровь или сгустки в просвете одного долевого или сегментарного бронха) диагностированы у 359 (61%) больных, 2-й степени (кровь во всех бронхах одного легкого с преобладанием ее в том или ином участке) — у 167 (29%), 3-й степени (в бронхах обоих легких имеется жидкая кровь или сгустки) — у 59 (10%) пациентов. Больным с легочным кровотечением 1-й степени выполняли санационную бронхоскопию и инсуффляцию оксида азота или проводили лазеротерапию: кровотечение было остановлено подобным образом у 573 (98%) пациентов, у 12 (2%) больных кровотечение удалось остановить эндоваскулярным методом (ангио-бронхография с эмболизацией). У пациентов с легочным кровотечением 2-й степени применяли управляемую гипотонию, санацию бронхиального дерева, лазеро- и NO-терапию.

При рецидиве кровотечения выполняли ангиопульмонографию или ангиобронхографию с эмболизацией. 59 пациентам с легочным кровотечением 3-й степени после санации выполняли тампонаду бронхов поролоновой губкой, кровотечение удалось остановить у 39 (67%) больных. 15 (25%) больных были оперированы на высоте кровотечения, 9 (15%) больных умерли от асфиксии. При центральном раке легкого выполняли санационную бронхоскопию «ледяным» физиологическим раствором и применяли бесконтактный метод остановки кровотечения — радиоволновой эндоскопический гемостаз с помощью прибора «СургитронТМ» — кровотечение было остановлено у 97% больных. Прибор «СургитронТМ» использовали у всех пациентов, у которых источником кровотечения были доброкачественные опухоли лег-



ких — все опухоли были удалены без осложнений, был обеспечен хороший гемостаз.

При давно аспирированных инородных телах выполняли санационную бронхоскопию с целью разрушения кровоточащих грануляций, окружающих инородное тело, и затем инородное тело удаляли: гемостаз достигнут во всех случаях. У больных со стенозами трахеи, где источником кровотечения являлись эрозии или язвы на передней стенке грудного отдела органа, последние обрабатывали оксидом азота от аппарата «Плазон».

Выводы

1. Эндоскопические методы остановки легочных кровотечений эффективны в 96–97% случаев при 1–2 степени легочного кровотечения.
2. При кровотечении 3 степени любой этиологии показана эндоскопическая тампонада бронха.
3. Применение лазеротерапии при легочном кровотечении у больных хроническим бронхитом позволяет остановить кровотечение и добиться длительной ремиссии у 95,3% больных.

Современные возможности эндоскопического лечения стенозов трахеи

Коржева И. Ю., д.м.н, проф., Чернеховская Н. Е., д.м.н., проф.,
Мирошниченко Н. А., д.м.н., проф., Горбань Дм.Г., к.м.н., доцент

ГБУЗ ГKB им. С. П. Боткина, кафедра эндоскопии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, кафедра оториноларингологии
ГБОУ ВПО МГМСУ Минздрава России

г. Москва

За период 2012–2015 гг. на стационарном лечении в ГKB им. С. П. Боткина находились 378 больных со стенозами трахеи различной этиологии. 48% больных были доставлены бригадой СМП в экстренном порядке с признаками дыхательной недостаточности. Из них 64% составили больные с ДН 2ст, 32% — больные с ДН 3ст и лишь у 4% отмечена ДН 1ст. Показаниями к экстренному (в течение первых 4–6 часов от момента поступления) или срочному (в течение первых суток) эндоскопическому вмешательству явились резкое затруднение дыхания и угроза асфиксии. Ларинготрахеальные стенозы выявлены у 15% больных, стенозы шейно-грудного отдела трахеи — у 32%, н/грудного — у 53%. Эндоскопическое исследование выполнялось в 47% случаев через трахеостому, в 53% — через просветы верхних дыхательных путей или ротовую полость. Более чем в 90% случаев диагностическую трахеоскопию выполняли гибким эндоскопом под местной анестезией на самостоятельном дыхании пациента. В/в седацию проводили только при необходимости расширения просвета жесткими металлическими тубусами или при неадекватном поведении больного.

Целью диагностической трахеоскопии явились: определение уровня, характера стеноза, а также, при возможности, его протяженности. Стенозированный участок расширяли бужированием трахеальными бужами или трахеостомическими трубками под визуальным контролем или с помощью электрокоагуляции, используя прибор «Сургитрон». Эффективность бужирования зависела от характера стеноза. Так, расширение стеноза методом последовательного бужирования оказывалось малоэффективным при отсутствии циркулярного поражения, когда просвет средних отделов дыхательных путей был сужен в результате полуциркулярного рубца по передне-боковым стенкам, и мембранозная часть трахеи была интактна (38% больных). В этих случаях расширение просвета происходило не в результате разрыва и растяжения рубцов, а вследствие растяжимости сохранившейся эластичности мембранозной части стенки. Поэтому у данной категории больных стенозированный участок был расширен путем электрохирургического воздействия в смешанном режиме прибором «Сургитрон».

Особое место в нашей практике занимают эндоскопические варианты лечения рубцово-грануляционных стенозов (43%), когда на поверхности формирующейся рубцовой ткани и еще клинически незначимого

рубцового сужения разрастаются грануляции, суживающие просвет трахеи в зоне формирующегося рубцового стеноза и препятствуют дыханию. В этих случаях мы иссекали грануляции прибором «Сургитрон» и единичными радиальными «насечками» рубцовой ткани расширяли просвет трахеи. У всех больных бужирование или электрорассечение заканчивали эндопротезированием (либо термопластичной интубационной трубкой, либо трахестомической трубкой, либо трубчатым стентом Дюмона).

Критические рубцовые стенозы трахеи (17%) расширяли бужированием тубусом ригидного бронхоскопа в операционной после введения миорелаксантов, после чего под визуальным контролем интубировали больного термопластичной интубационной трубкой. Стенозы трахеи опухолевого генеза (3% больных) расширяли с помощью саморасправляющихся нитиноловых стентов.

Осложнения в виде разрывов слизистой оболочки рубцовой ткани и надрывы стенки трахеи отмечены нами во всех случаях бужирования стенозов, включая бужирование тубусами ригидного бронхоскопа. Небольшие дефекты клинически себя не проявляли и не потребовали каких-либо лечебных манипуляций (65% больных). Подкожная эмфизема, пневмоторакс и пневмомедиастинум были отмечены после бужирования у 17% пациентов. Все больные после визуальной констатации ятрогенных повреждений трахеи были интубированы термопластичными интубационными трубками с расположением манжеты дистальнее места разрыва, и соответствующим образом дренированы.

Летальный исход отмечен в 3-х случаях. Причиной смерти 2-х больных были ОДН на фоне развившегося напряженного двустороннего пневмоторакса и пневмомедиастинума. В 1-м случае причиной смерти больной стало профузное кровотечение из поврежденной в месте разрыва стенки трахеи брахиоцефальной артерии.

Заключение

Эндоскопические способы восстановления проходимости дыхательных путей у больных с ларинго-трахеальными стенозами находят все более широкое применение в клинической практике, превосходя альтернативные способы хирургического лечения по достигаемому эффекту, уровню обеспечиваемого качества жизни больных, низкому уровню побочных эффектов и осложнений, уровню ассоциированной летальности.

Бронхоскопическая классификация при воспалительных процессах в трахеобронхиальном дереве

Куртуков В. А., к. м. н., зав. эндоскопического отделения КГБУЗ «Городская больница № 5, г. Барнаул», с.н.с. НИИ пульмонологии

Шойхет Я. Н., докт. м. наук, член-корр. РАН, заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом хирургии ФПК и ППС им. И. И. Неймарка, руководитель НИИ пульмонологии

Центральная научно-исследовательская лаборатория Алтайского государственного медицинского университета
г. Барнаул



Куртуков В. А.



Шойхет Я. Н.

Эндоскопическому обследованию трахеобронхиального дерева в настоящее время придаётся очень большое значение, так как с его помощью получают достоверную информацию о характере изменений в трахеобронхиальном дереве. Бронхологические исследования являются одними из ведущих методов диагностики заболеваний лёгких. Важное значение в бронхоскопическом исследовании имеет визуальная эндоскопическая диагностика.

Для правильной интерпретации и общности заключений необходима единая бронхоскопическая классификация, которая отражала бы всю полноту эндоскопической картины и была приближена к пониманию клиницистами.

Ни одна из известных классификаций в настоящее время в полной мере не отражают всю ту патологическую картину в трахеобронхиальном дереве, которая видна при проведении бронхоскопии.

Говоря о воспалении мы представляем себе в первую очередь и видим — гиперемию.

Термин гиперемия (полнокровие) и венозный застой отражают патологическое повышение объёма циркулирующей крови в поражённой системе, ткани или органе. Первый термин употребляется чаще для обозначения активной, т.е. артериальной гиперемии. В зависимости от причин, условий и связанных с ними механизмов развития выделяют воспалительную, постшемическую и дископресссионную гиперемию. Гиперемизированные ткани приобретают красноватый оттенок, их местная температура может повышаться [1].

Гораздо большее значение в практике имеет пассивная, или венозная, гиперемия (венозный застой). Острый венозный застой сопровождается резким смещением равновесия между гидростатическим и онкотическим давлением в плазме

в сторону увеличения первого из них. Это приводит к отёку той ткани, от которой поражённая вена(ы) осуществляет(ют) отток крови [1].

Медленно развивающийся, или хронический венозный застой характеризуется хронической гипоксией поражённой ткани. Гипоксия влечёт за собой патологическое разрастание стромы, результатом чего является фиброз (или склероз) органа [1].

Эндоскопически артериальная и венозная гиперемии имеют разную цветовую гамму. Артериальная гиперемия возникает в остром периоде, поэтому слизистая оболочка выглядит от ярко-розового цвета до ярко-красного. Венозная гиперемия несёт тёмные цвета [1].

Хроническое воспаление является продолжительным процессом, при котором повреждение тканей, реактивные изменения и рубцевание развиваются одновременно [1].

Хронический катар встречается как при инфекционных, так и неинфекционных заболеваниях. Хронический катар сопровождается атрофией (атрофический катар) или гипертрофией (гипертрофический катар) слизистой оболочки [2]. Из выше сказанного следует, что катар сопровождается наличием содержимого в просвете бронхов. При остром катаральном воспалении — это экссудат как следствие пропотевания сосудистой стенки. При хроническом катаре (атрофическом, гипертрофическом) — это в большей степени гиперсекреция слизи, основным источником которой являются секреторный эпителий серозных и слизистых желёз трахеи, крупных бронхов и бокаловидные клетки, а также клетки Клара [3].

Представляем на обсуждение разработанную в нашей клинике бронхологическую классификацию, которой мы пользуемся с 2007 года.

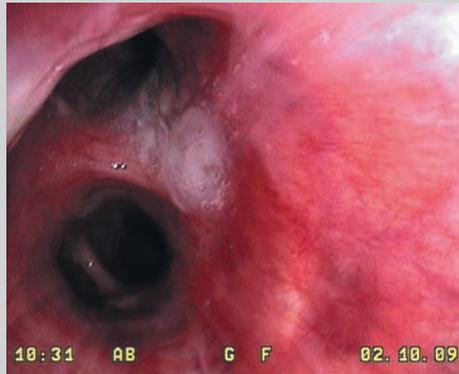


Рис. 1. Катаральный бронхит

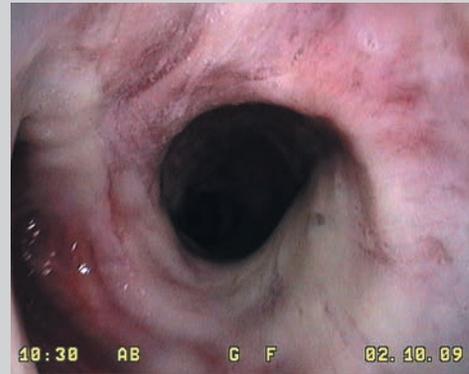


Рис. 2. Гнойный бронхит

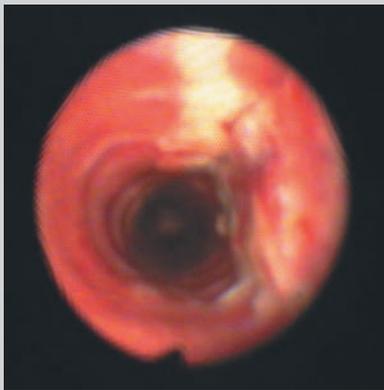


Рис. 3. Эрозивный трахеит

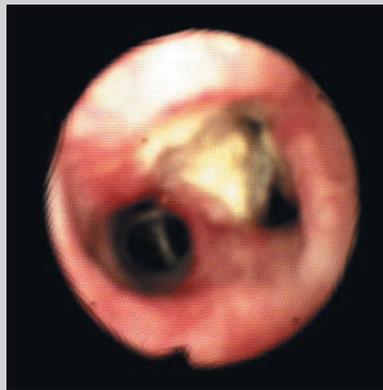


Рис. 4. Язвенный бронхит



Рис. 5. Деструктивный бронит

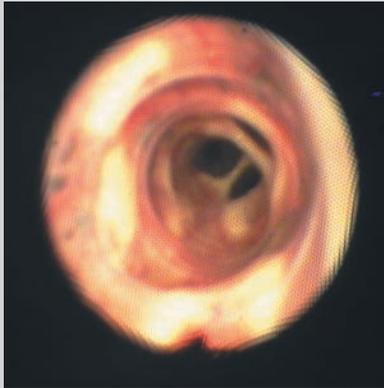


Рис. 6. Атрофический бронхит



Рис. 7. Атрофический бронхит



Рис. 8. Дренажный гнойный бронхит

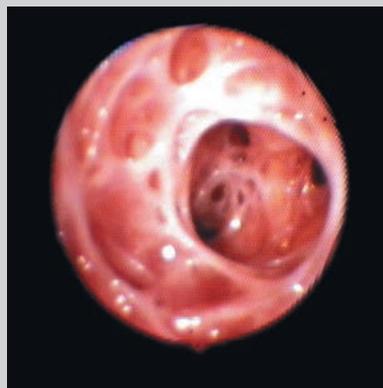


Рис. 9. Гипоплазия бронхов

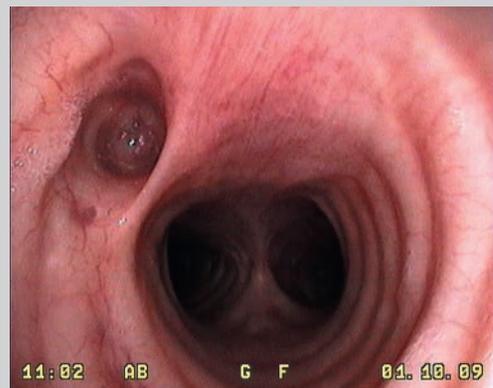


Рис. 10. Дивертикул трахеи (гипоплазия)



Рис. 11. Фиброзная бронходилатация



Рис. 12. Трахеобронхромалия

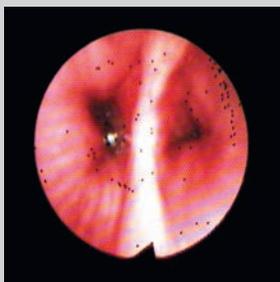


Рис. 13. Экспираторное сужение бронхов. Выдох



Рис. 14. Экспираторное сужение бронхов. Вдох

КЛАССИФИКАЦИЯ

Воспалительные изменения в слизистой оболочке трахеобронхиального дерева.

А. По характеру заболевания:

1. Острый бронхит (трахеит);
1. Хронический бронхит (трахеит).

Б. По характеру изменений в слизистой оболочке трахеобронхиального дерева:

1. Воспалительные:
 - а) Катаральный (рис. 1);
 - б) Гнойный (рис. 2);
 - в) Эрозивный (рис. 3);
 - г) Язвенный (рис. 4);
 - д) Деструктивный (Некротический) — деструкция стенки бронха/трахеи (рис. 5);
 - е) Смешанный.
2. Биотические изменения в слизистой оболочке трахеобронхиального дерева:
 - а) Гипертрофический (гиперпластический);
 - б) Атрофический (рис. 6, 7);
 - в) Смешанные.

В. По распространённости воспалительного процесса в трахеобронхиальном дереве:

1. Диффузный:
 - а) Тотальный;
 - б) Проксимальный;
 - в) Дистальный.
2. Ограниченный:
 - а) Локальный;
 - б) Очаговый;
 - в) Дренажный (рис. 8).

Г. По степеням активности воспалительного процесса в слизистой оболочке трахеобронхиального дерева:

- а) 1 степень;
- б) 2 степень;
- в) 3 степень.

Д. По характеру содержимого в трахеобронхиальном дереве:

1. Слизистое;
2. Фибринозное;
3. Геморрагическое:
 - а) Артериальное кровотечение;
 - б) Венозное кровотечение.
4. Гнойное;
5. Аспирационное;
6. Инородное тело:
 - а) Аспирационное;
 - б) Бронхолит:
 - Нодулярный;
 - Бронхоэктазийный;

Виды стенозов трахеи и бронхов по причине сужения:

1. Воспалительные;
2. Рубцовые;
3. Компрессионные.

Виды стенозов по характеру поражения стенки бронха/трахеи:

1. Интрамуральные;
2. Экстрамуральные;
3. Смешанные.

Стеноз трахеи и бронхов:

- а) 1 степень — сужение на 1/3 просвета;
- б) 2 степень — сужение на 2/3 просвета;
- в) 3 степень — сужение более чем на 2/3 просвета с сохранением просвета;
- г) Полная облитерация просвета бронха.

Пространственные деформации в трахеобронхиальном дереве:

1. Врождённая:
 - а) Гипоплазия бронхов (рис. 9,10);
 - б) Трахеобронхомегалия;
 - в) Смешенная.
2. Приобретенная:
 - а) Извитая деформация бронхов/трахеи (в том числе послеоперационная);
 - б) Фиброзная бронходилатация (рис. 11);
 - в) Трахеобронхохромалия (рис. 12);
 - г) Смешенная.
3. Смешенная.

Функциональные нарушения:

Экспираторное сужение бронхов и трахеи (рис 13,14), трахеобронхохромалия, дискинезия мембранозной части, локальный пролапс:

- а) 1 степень — сужение просвета трахеи, бронхов до 1/3;
- б) 2 степень — сужение просвета трахеи, бронхов до 2/3;
- в) 3 степень — сужение просвета трахеи, бронхов более 2/3 до полного соприкосновения стенок.

Литература

1. Пальцев М. А., Аничков Н. М. Патологическая анатомия. /М.А. Пальцев, Н. М. Аничков// Медицина. 2001. с 95–160.
2. Струков А. И., Серов С. С. Патологическая анатомия. /А.И. Струков, В. В. Серов// Москва «Медицина». 1993. с 134–151.
3. Snider G. L. Nosology for our day: its application to chronic obstructive pulmonary disease. /G.L. Snider// Am J RespirCrit Care Med — 2003; Vol.167 (5) — P. 678–683.



Эндоскопическое удаление воспалительной миофибробластической опухоли трахеи. Клинический случай

Лещёва Т. Ю., зав. отделением эндоскопии ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница»

Лазарева А. Ю., к.м.н., зав. отделением оториноларингологии ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница»

Абушкин И. А., д.м.н., проф., зав. кафедрой детской хирургии Южно-Уральского государственного медицинского университета

г. Челябинск

Первичные опухоли трахеи встречаются редко; у взрослых они, как правило, злокачественные, у детей — доброкачественные. Воспалительные миофибробластические опухоли (ВМО) являются редчайшей патологией и локализуются преимущественно в легких (из внелегочных ВМО 43% локализуется в брыжейке и сальнике); данные опухоли трахеи составляют всего 0,04%-0,07% от всех опухолей дыхательных путей.

ВМО известна также под рядом других названий: плазмоклеточная гранулема, воспалительная псевдоопухоль, ксантогранулема и фиброзная гистиоцитома. Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения, ВМО гистологически представляют собой образования, состоящие из веретеновидных миофибробластов и воспалительных клеток (плазматических, лимфоцитов и эозинофильных гранулоцитов).

Опухоль может поражать разные органы, но наиболее часто локализуется в легких. Поражение трахеи встречается крайне редко. Gassiert проанализировал выборку 90 редких первичных опухолей трахеи за 44 года и отметил только один случай ВМО. Fabre за период 1974–2007 гг. наблюдал 26 случаев ВМО грудной клетки и сообщил об одном случае трахеальной резекции.

Точная этиология этого вида опухоли до сих пор неясна. Предположительно, ВМО может развиваться вследствие травмы, оперативного вмешательства, воспаления или инфекции. Учитывая локально инвазивное поведение опухоли, высокую частоту рецидивов (от 18% до 40%) и метастатический потенциал, основным методом лечения считается полная хирургическая резекция, при возможности ее проведения. Этот метод предпочтительнее эндоскопической резекции в случаях, когда опухоль локализована в дыхательных путях, в особенности, если у опухоли отсутствует ножка или если опухоль проросла глубоко в стенку. Согласно

Cerfolio, прогноз после радикальной резекции благоприятный (пяти- и десятилетняя выживаемость 91% и 77% соответственно), однако есть данные о 60% рецидивов после неполной резекции. Fabre сообщает о десятилетней выживаемости в 89% случаев после полной резекции. После оперативного вмешательства показаны лучевая терапия и конвенциональная химиотерапия. Также эти методы применимы в случаях, когда была проведена неполная резекция, отмечается развитие метастазов, либо в качестве первичного метода лечения при невозможности оперативного вмешательства.

Клинический случай. Больная Е. 1997 года рождения с 2011 года по май 2013 года наблюдалась в центральной районной больнице по месту жительства с диагнозом «бронхиальная астма». Согласно анамнезу, ранее пациентка предъявляла жалобы на кашель и эпизодическое затруднение дыхания. Стандартная терапия давала временное улучшение.

8 мая 2013 года на фоне некупируемого приступа затруднения дыхания по линии санитарной авиации пациентка была доставлена в экстренный приемный покой Челябинской областной детской клинической больницы (ЧОДКБ). Данные объективных обследований позволили заподозрить наличие инородного тела верхних дыхательных путей, что явилось показанием для проведения экстренной бронхоскопии.

Бронхоскопия проводилась видео-бронхоскопом Karl Storz 11900BP на самостоятельном дыхании с применением комбинации масочного наркоза и местной анестезии 1% раствором лидокаина. Во время бронхоскопии было выявлено новообразование трахеи с неровной поверхностью (Рис.1. Эндофото. Вид новообразования трахеи), обтурирующее практически весь просвет; протяженность образования не менее 3 см, основание локализовано по мембранозной части трахеи, начиная с первого кольца. Было принято решение



Лещёва Т. Ю.

о проведении интубации трахеи по бронхоскопу с последующим наложением трахеостомы.

13 мая 2013 года после стабилизации общего состояния пациентки была проведена повторная видеобронхоскопия с забором биопсийного материала. Гистологическое исследование выявило воспалительную миофибробластическую опухоль трахеи. Уточнить распространение основания опухоли посредством компьютерной томографии было невозможно по техническим причинам (компьютерный томограф ЧОДКБ находился на стадии монтажа). В качестве уточняющей методики на базе специализированного медицинского учреждения была проведена эндосонография верхней трети пищевода с осмотром прилежащих структур трахеи радиальным ультразвуковым гастроскопом Olympus GF-UE 160-AL5 и высокочастотным ультразвуковым минидатчиком UM-S20-20r. Было выявлено, что основание опухоли располагается по мембранозной части трахеи с первого по третье кольцо в пределах слизистого и подслизистого слоя.

Для выбора тактики лечения настолько редкой патологии, не имеющей инвазивного роста в мышечный слой мембранозной части трахеи, был собран консилиум с привлечением эндоскопистов, специалистов кафедры детской хирургии ЮУГМУ (Южно-Уральского государственного медицинского университета), детских хирургов, оториноларингологов и онкогематологов. Было принято решение о попытке удалить новообразование внутрипросветно эндоскопическим путем.

24 мая 2013 года основной объем образования был удален под комбинированным наркозом с использованием искусственной вентиляции легких. Удаление проходило методом кускования большими биопсийными щипцами и петлей. Для минимизации кровопотери предварительно была проведена электродиатермокоагуляция основания опухоли точечным электродом. Общая кровопотеря составила 30 мл.

Через неделю была проведена контрольная бронхоскопия под местной анестезией, по результатам которой было установлено, что остаточный объем опухоли представлен площадкой с неровной поверхностью, возвышающейся над уровнем слизистой на 0,3 см по мембранозной части трахеи с первого по третье кольцо.

24 июня 2013 года была произведена лазерная абляция оставшейся части новообразования с использованием экспериментального оптоволоконного лазера

с длиной волны 1,9 мкм в импульсном режиме 100/50, мощностью 4–4,5 Вт (Рис.2. Эндофото. Состояние после лазерной абляции). Перифокальный ожог при воздействии данного лазера в выбранном режиме работы при проведении абляции не превышает 1 мм.

27 июня 2013 года контрольная бронхоскопия выявила участок налета фибрина после лазерного воздействия. Просвет верхних дыхательных путей позволил осуществить деканюляцию.

Повторные сеансы лазерной абляции на оставшуюся площадь основания опухоли 0,6x0,8 см и 0,3x0,4 см были проведены 17 июля 2013 года и 26 сентября 2013 года соответственно. Выбор времени вмешательства был продиктован необходимостью полного очищения места воздействия лазером от фибрина.

Контрольные эндоскопические осмотры были проведены в январе 2014 года (Рис.3. Эндофото. Результаты лечения), августе 2014 года и июле 2015 года. По мембранозной части трахеи на уровне второго кольца наблюдались поверхностные рубцовые изменения слизистой, визуальных признаков рецидива опухоли выявлено не было. Для уточнения диагноза в августе 2014 года были проведены компьютерная томография, чреспищеводная эндоскопическая ультрасонография и биопсия, которые также свидетельствовали об отсутствии рецидива на момент осмотра.

В декабре 2015 года пациентке исполнилось 18 лет, что не позволяет нам вести дальнейшее динамическое наблюдение в рамках нашей клиники. Как пациентка, так и ее родители были информированы о характере и специфике данной патологии, а также о прогностической вариабельности рецидива заболевания. Однако двухлетнее наблюдение позволяет нам надеяться на благоприятный исход.

Учитывая крайнюю редкость патологии, в литературе не рассматриваются варианты лечения пациентов в случаях отсутствия инвазии ВМО глубже подслизистого слоя, равно как и отсутствуют данные о применении уточняющих методик оценки глубины инвазии.

Исходя из того, что дополнительные методы обследования исключили инвазию в мышечную стенку, а также из того, что примененная нами технология лечения не препятствует проведению циркулярной резекции трахеи при рецидиве ВМО, проведение внутриспросветных эндоскопических вмешательств у данной пациентки было целесообразным.



Рис. 1. Эндофото. Вид новообразования трахеи



Рис. 2. Эндофото. Состояние после лазерной абляции



Рис. 3. Эндофото. Результаты лечения

Опыт использования клапанной бронхоблокады для лечения бронхоплеврального свищевого хода

Мазурин В.С., Шаповалов А.В., Кригер П.А., Шабаров В.Л.

Хирургическое торакальное отделение ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского

г. Москва

Цель исследования

Роль клапанной бронхоблокады для лечения гнойно-деструктивной патологии легких.

Материалы и методы

С 2014 года в ГБУЗ МО МОНКИ им. Владимирского производится установка интрабронхиальных клапанов фирмы «Медланг». За два года установка интрабронхиальных клапанов произведена 16 пациентам у которых в результате осложнения основного заболевания развилось бронхоплевральная фистула. Всего установлено 19 интрабронхиальных клапанов разного диаметра. 14 пациентам интрабронхиальный клапан был установлен в долевого бронх, в 2 случаях произведена установка в сегментарные. Время нахождения клапана в бронхиальном дереве зависела от течения заболевания и составляла от 2 до 120 дней, в среднем 59 +/-5,3 дней. Большинству пациентов установка интрабронхиального клапана выполнена под местной анестезией с использованием гибкой эндоскопии, двум пациентам, из-за тяжести состояния, понадобилось применение наркоза.

Результаты исследования

У 13 пациентов с бронхоплевральным свищом, при однократной установке интрабронхиального клапана

в долевого бронх, удалось ликвидировать гнойное воспаление за счет герметичности плевральной полости, что так же было подтверждено рентгенологически.

При попытке установки интрабронхиального клапана в сегментарный бронх не достигалось должной герметизации плевральной полости, что потребовало на 2–3 сутки повторной установки в долевого бронх. Удаление клапана производилось на основании отсутствия сброса воздуха по плевральным дренажам, длительностью около 5 дней, и расправления легочной ткани по данным рентгенографии.

Всем больным после удаления бронхиального клапана отмечалось локальное утолщение слизистой бронха без образования грануляционной ткани. После 1–3 сеансов санационной бронхоскопии с промыванием антисептическим раствором все локальные изменения слизистой при повторном исследовании не выявлялись.

Выводы

При первичной установке интрабронхиального клапана в сегментарные бронхи не удается добиться стойкой герметичности плевральной полости, что требовало переустановки в бронхи более крупного порядка.

Применение геля коллагена человека 1 типа при лечении термохимических повреждений слизистой оболочки дыхательных путей

Макаров А. В., Пономарёв И. Н., Галанкина И. Е., Макаров М. С., Смирнов С. В., Мионов А. В., Боровкова Н. В.

НИИ СП им. Н. В. Склифосовского

г. Москва



Макаров А. В.

Цель исследования

Выявление особенностей репарации слизистой оболочки трахеобронхального дерева (ТБД) при термохимических повреждениях в условиях ранней санации и покрытия дефектов слизистой оболочки гелем коллагена человека 1 типа.

Материалы и методы

Проведён анализ результатов лечения 69 пациентов отделения ожоговой реанимации НИИ СП им. Н. В. Склифосовского с эрозивными и язвенными поражениями слизистой оболочки дыхательных путей вследствие ингаляционной травмы. В зависимости от проводимого эндоскопического лечения пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по степени тяжести ожога дыхательных путей, возрасту, тяжести состояния. В 1-й группе (35 пациентов) проводили ежедневные лечебно-диагностические санационные фибробронхоскопии растворами мирамистина и диоксидина 0,01% объёмом

60–80 мл. Во 2-й группе (34 пациента) помимо санаций просвета ТБД растворами антисептиков проводили аппликацию геля коллагена человека 1 типа на очистившиеся от коботи и гнойно-некротического детрита дефекты слизистой оболочки ТБД. Динамику течения репарационного процесса регистрировали по эндоскопической картине и морфологическому исследованию биопсий, взятых из краёв дефектов слизистой оболочки. Для определения локализации и структуры коллагенового геля в гистологических препаратах анализировали автофлуоресценцию коллагена с помощью флуоресцентной микроскопии.

Результаты

У пациентов 1-й группы эпителизация эрозий наступала в среднем на 7 сутки, язвенных дефектов — на 17–19 сутки, у пациентов 2-й группы — соответственно на 4 и 8–10 сутки. В 1-й группе в течение длительного времени морфологически выявлялись признаки тяжело-

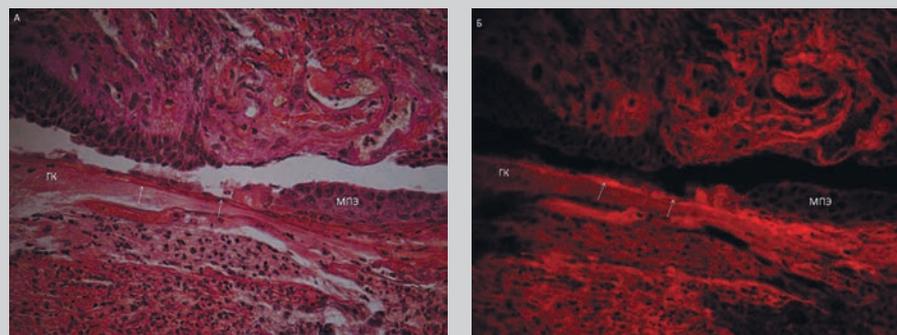


Рис. 1. Морфологические особенности репарации язвенного трахеобронхита при термоингаляционной травме

А – Многослойный плоский эпителий (МПЭ) на уплотненном коллагене (стрелки), подобном базальной пластинке. ГК – гель коллагена человека. Окраска по Ван Гизону, X400

Б – Усиление автофлуоресценции (стрелки) уплотнённого геля коллагена человека. Срез рисунка А при флуоресцентной микроскопии

го гнойного воспаления, наблюдалась инфильтрация полиморфноядерными лейкоцитами глубоких отделов стенки трахеи и бронхов. В отличие от этого, у пациентов 2-й группы признаков тяжелого гнойного воспаления, прогрессирования процесса и повреждения глубоких отделов стенки трахеи и бронхов не выявлено. Отмечено раннее появление лимфоцитов и макрофагов в дне эрозий и язв, особенно вокруг скоплений коллагенового геля.

В зонах локализации коллагенового геля выявлено «наползание» многослойного плоского эпителия из краёв язв и уплотнение геля по линии контакта

с эпителием. Интенсивность автофлуоресценции его в этих участках усиливалась. Он окрашивался фуксином, что по тинкториальным свойствам соответствует зрелой форме коллагена и напоминает базальную пластинку. Вне зон контакта с многослойным плоским эпителием сохранялась слабая автофлуоресценция геля коллагена (Рис. 1).

Таким образом, ранняя санация ТБД и покрытие дефектов гелем коллагена 1 типа человека позволяет сократить сроки репарации острых термохимических повреждений слизистой оболочки ТБД в 2 раза и снизить риск развития гнойно-септических осложнений.

Возможности внутрипросветной эндоскопии в лечении стенозов трахеи

Мерзляков М. В., Вавин В. В., Шелковников А. В., Хапаева Т. Н.

ГАУЗ Кемеровская областная клиническая больница

Кафедра факультетской хирургии и урологии ГБОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия

г. Кемерово



Мерзляков М. В.

Рубцовый стеноз трахеи — формирование в просвете трахеи рубцов, суживающих просвет и вызывающих вентиляционные нарушения, сочетающиеся с разрушением хрящевого каркаса (ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского»).

Хронические стенозы гортани и трахеи — конечный результат протекания в гортани многих патологических процессов, различающихся по происхождению, патогенезу и клиническим проявлениям, составляющих сложную, мозаичную картину (М. С. Плужников (2004). Заболеваемость остается стабильной в последние годы, несмотря на проводимые профилактические мероприятия, среди общего количества ЛОР больных составляет около 2%. (Выжгина М. А. 2011). Сохраняется высокая летальность, обусловленная несвоевременной диагностикой и отсутствием возможности адекватного обеспечения проходимости трахеи. (Корбер 1999, Law1993)

Причины возникновения хронического рубцового стеноза (ХРС) полиморфны — врожденные стенозы, радиотерапия, спаечный процесс, опухоли, ГЭРБ, инфекционные заболевания, внешние повреждения, аутоиммунные заболевания, однако до 90% случаев возникновения ХРС связано с внутренней травмой трахеи, продленной интубацией. Бурное развитие в анестезиологии и реанимации методов искусственной вентиляции легких, длительно поддерживающих витальные функции, обеспечивают стабильные цифры заболеваемости ХРС. (Лайко А. А., Косаковский А. Л. 1991, Солдатский Ю. Л. 2003). При правильном подборе адекватных размеров интубационной трубки, щадящее ее введение, манометрия давления в манжете, адекватные сроки интубации позволяют свести риски развития данной патологии к минимуму. (W.W.Montgomery2002, Н. С. Grillo, 2004)

Патогенез развития рубцового стеноза трахеи (В. Н. Новиков 2006 г)

1. Повреждение
2. Медиаторная микроциркуляторная реакция
3. Экссудация и миграция клеток из сосудов
4. Очищение от продуктов распада
5. Пролиферация фибробластов
6. Фибриллогенез коллагена

Лечение рубцовых стенозов трахеи

Первые методы лечения ХРС предложены более 100 лет назад. (Killian, 1906, Иванов 1907). С тех пор изменился хирургический доступ, стали применяться современные материалы, новые хирургические инструменты. (So Yeon Lim at al., 2012)

«Золотым» стандартом радикального лечения больных с рубцовым стенозом трахеи является её циркулярная резекция. Однако общее тяжелое состояние больного, наличие сопутствующей раневой инфекции или изменения местного статуса часто не позволяют провести одномоментное хирургическое лечение. (Выжгина М. А., 2011; Bricchet A. et al., 1999; Mello-Filho F.V., 2003)

Современные возможности эндоскопической техники позволяют решить данную проблему оперативным, оперативно-дилатационным или дилатационным способом. (ConacherI.D., 2003; NouraeiS.A., 2007; ParkH.Y., 2009). Внутрипросветное лечение ХРС с применением аргоновой плазмы и эндопротезов могут быть применены с целью предоперационной подготовки, но при определенных условиях могут применяться как самостоятельные методы лечения. (Sutedja G. et al., 1994, Шафировский Б. Б., 1995).

По сей день дискуссионным вопросом выбора оптимального метода хирургического воздействия на ткани трахеи при стенозе, материалов стента, сроков ле-

чения и профилактики осложнений (Овчинников А. А. и др., 2004).

В связи с этим анализ клинических случаев лечения хронических стенозов трахеи сохраняет свою актуальность. Патогенетически обоснованные сроки лечения рубцовых стенозов трахеи, методики воздействия на рубцовую ткань различной степени зрелости, требуют разработки общего алгоритма ведения данной категории пациентов.

За период 2011–2014 годы под нашим наблюдением находилось 35 пациентов с хроническим стенозом трахеи. Средний возраст составил 56 лет, 18 мужчин и 17 женщин. В 27 случаях стеноз локализовался в подскладочном пространстве и шейном отделе трахеи, 8 случаев в грудном отделе трахеи и надбифуркационном отделе. Пациенты поступали в стадии субкомпенсации, со степенью сужения 2/3 просвета трахеи, что требовало неотложного вмешательства.

В группе пациентов с рубцовым стенозом гортани (21 человек) во всех случаях причинным фактором явилась продленная интубация трахеи при искусственной вентиляции легких. В 12 случаях предшествовала трахеостомия с последующей декануляцией. В 1 случае ларинготрахеопластика. По давности стеноза все пациенты были разделены на 2 группы (менее

1 года) — 6 человек, более 1 года (от 2 до 14 лет) — 29 человек. Давность заболевания влияла на тактику и прогноз лечения.

В группе с формирующимися стенозами трахеи (до 1 года) в 1 случае проводилось бужирование трахеи, за два сеанса просвет удалось увеличить с 0,3 см до 1,0 см. Клинический эффект был временным, рестенозирование до 0,4 см произошло через 10 дней. Вторым этапом проведена лазерная деструкция рубца с последующей баллонной дилатацией до 1,2 см. В последующем появилась концентрическое сужение просвета в зоне вмешательства, что потребовало эндопротезирования трахеи саморасправляющимся нитиноловым трахеальным стентом фирмы Mi Tech. В результате был получен стойкий функциональный эффект, наблюдение более 6 месяцев.

Второе наблюдение в группе с незрелыми рубцами — первый этап аргоноплазменная деструкция рубца трахеи. Второй этап эндопротезирование металлическим саморасправляющимся стентом, миграция стента при кашле на вторые сутки после установки, экстирпация стента. Рестентирование силиконовым линейным эндопротезом производства г. Мытищи. Эндопротез удалён через 8 месяцев, наблюдение 4 месяца стойкий клинический эффект. Рисунки № 1 — № 6.



Рис. 1. Рубцовый стенозподсвязочного пространства

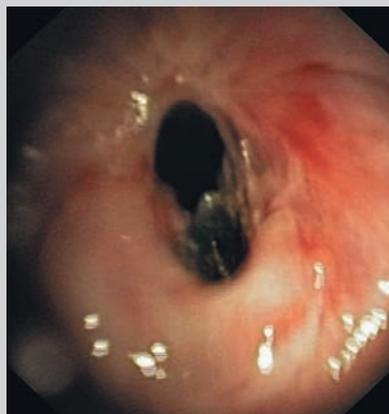


Рис. 2. Аргоновая деструкция незрелого рубца трахеи

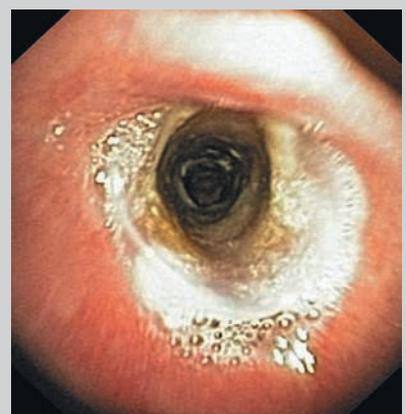


Рис. 3. 1 месяц стояния эндопротеза



Рис. 4. 8месяц стояния эндопротеза



Рис. 5. Зона рубца после удаления стента

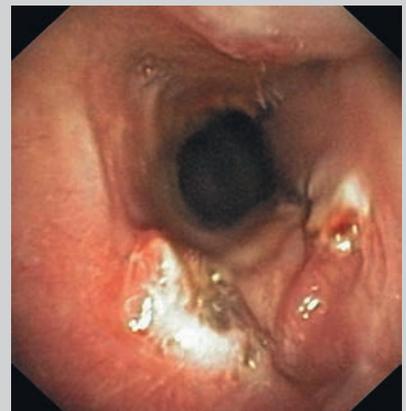


Рис. 6. Место фиксации антимиграционных шипов силиконового стента



В последующем пациенты с незрелыми рубцами трахеи первым этапом получали аргоновую деструкцию для расширения просвета и во вторые сутки стентирование линейным силиконовым эндопротезом.

В группе со зрелыми рубцами трахеи всем пациентам выполнялась аргоновая деструкция рубцового сужения однократно. В 4 случаях под общим обезболиванием при жесткой ларинготрахеоскопии, в остальных случаях при фибротрехеоскопии под местной анестезией. У всех больных однократное вмешательство имело стойкий функциональный результат (наблюдения от 8 до 42 месяцев).

Пациентка 24 лет со зрелым рубцом трахеи, беременность 26 недель с угрозой прерывания, поступила в клинику для решения вопроса о трахеостомии и проведения планового кесарева сечения. Выполнена аргоновая деструкция рубцовой ткани трахеи под местной анестезией. Стойкий клинический эффект, в сроке беременности 40 недель роды естественным путем.

Во всех последующих наблюдениях реканализация трахеи выполнена путем аргоновой деструкции рубцо-

вой и грануляционной ткани трахеи под местной анестезией. Со стойким клиническим эффектом.

Выводы

- При назначении лечения необходимо учитывать зрелость рубца трахеи;
- Не рационально при незрелом рубце использовать металлические эндопротезы;
- Аргоновая деструкция при незрелом рубце имеет кратковременный положительный эффект;
- Дилатационные методики при незрелом рубце имеют ещё более короткий положительный эффект относительно аргоновой деструкции;
- Линейные силиконовые эндопротезы — оптимальный выбор для «формирования» рубца трахеи;
- Аргоновая деструкция при зрелом рубце имеет стойкий положительный клинический эффект;
- Эндопротезирование саморасправляющимися металлическими стентами при зрелом рубце трахеи перспективно;
- Как поддерживающий этап, возможно использовать доступные внутрисветные методики;

Бронхологические методы диагностики и лечения рецидивирующего папилломатоза гортани, трахеи, бронхов и легких

Молодцова В. П., д.м.н., врач-эндоскопист, Прудников А. В. врач-эндоскопист,
Смирнов А. А., к.м.н., руководитель 1 эндоскопического отделения,
Васильева М. А. врач-рентгенолог отделения рентгеновской и компьютерной томографии

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»
НИИ хирургии и неотложной медицины

г. Санкт-Петербург

Введение

Рецидивирующий респираторный папилломатоз (РРП) — ларинготрахеальный папилломатоз — редкое заболевание, связанное с вирусом папилломы человека (ВПЧ). Заболевание характеризуется наличием множественных папиллом, обнаруживаемых в верхних дыхательных путях, обычно на голосовых складках. Распространение процесса ниже — в трахею, главные бронхи — явление редкое наблюдаемое в 2–29% случаев, а поражение паренхимы легких встречается в 1–7% случаев. Поражение дыхательных путей приводит к развитию прогрессирующей дыхательной недостаточности, что требует хирургического вмешательства, выполнения трахеостомии, что ведет к дальнейшей инвалидизации, ухудшению качества жизни больных. В работе представлен опыт лечения больных РРП с поражением верхних дыхательных путей и легких у взрослых пациентов.

Цель работы

Провести анализ клинического течения рецидивирующего респираторного папилломатоза (РРП) с пора-

жением гортани, трахеи и распространением процесса на легкие для определения оптимальной лечебной тактики. Выработать оптимальный алгоритм обследования больных.

Материал и методы

С 2012 по 2014 г. наблюдались 12 пациентов с распространенной формой папилломатоза гортани, трахеи и легких в возрасте от 18 до 38 лет. У всех пациентов был ювенильный папилломатоз, являлись хроническими канюльерами с детства. При обследовании выполнялась компьютерная томография гортани и органов грудной клетки. При эндоскопии выполнялась биопсия папиллом, браш-биопсия с исследованием методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) на ВПЧ. Чаще всего по результатам типирования выявляются вирусы папилломы человека 6 и 11 типов. Реже обнаруживаются 16 и 18 типы вируса, которые связаны преимущественно со злокачественной трансформацией папиллом.

У двух больных с поражением легких выполнена биопсия и браш-биопсия полостных образований



Рис. 1. Папиллома в трахее ригидная бронхоскопия

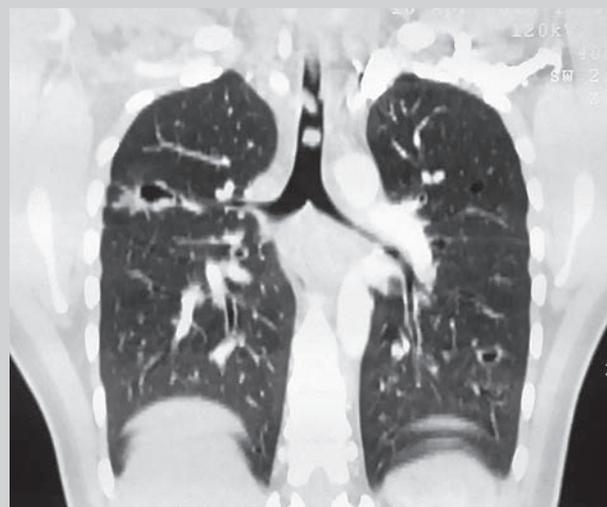


Рис. 2. Томограмма папилломатоз трахеи и легких



Рис. 3. Эндоскопическая картина до и после удаления папиллом трахеи

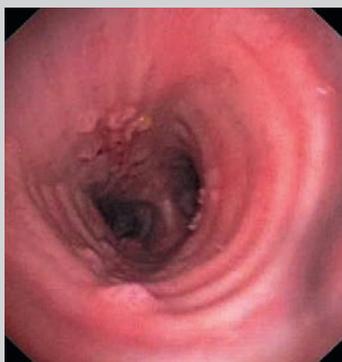


Рис. 4. Эндоскопическая картина до и после удаления папиллом трахеи

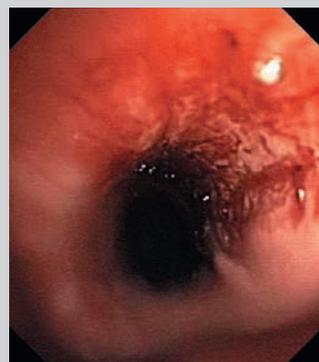


Рис. 5. Эндоскопическая картина после удаления папилломы

под рентгенотелевизионным контролем. За время наблюдения в клинике больным ежегодно выполнялись лазерные микрохирургические вмешательства на гортани. Производилась электрохирургическая деструкция папиллом слизистой трахеобронхиального дерева, аргоноплазменная коагуляция папиллом. Двум больным проведена эндоскопическая фотодинамическая терапия области поражения слизистой трахеобронхиального дерева. Одной больной установлен Т-образный эндопротез трахеи. Лечебные манипуляции выполнялись при бронхоскопии с использованием фиброоптических аппаратов, а также с применением ригидного бронхоскопа. Эндоскопические операции проводились под наркозом с использованием искусственной вентиляции легких, или под местной аппликационной анестезией. Стоит отметить, что большинству больных требовались повторные вмешательства в течение года по поводу рецидива заболевания. Также больным назначались противовирусные препараты, проводилась десенсибилизирующая терапия, коррекция иммунного статуса согласно рекомендациям врачей-иммунологов.

Результаты и обсуждение

Непосредственные результаты лечения оценивались клинически с учетом жалоб больных, по данным контрольной эндоскопии дыхательных путей и компьютерной томографии. Результатом лечения было снижение частоты рецидивирования папиллом. В двух случаях после сеансов фотодинамической терапии агрессивность процесса в гортани и трахее снизилась, но при этом отмечалось прогрессирование папилломатозного процесса в легких. В одном случае отмечалась отрицательная динамика в легких и трахее в течение полугода после установки Т-образного стента в трахею. По нашему наблюдению распространению папиллом в нижележащие отделы дыхательных путей могут способствовать: высокая активность процесса с диффузным инфицированием вирусом дыхательных путей; частые интервенционные (эндоларингеальные, эндотрахеальные) хирур-

гические вмешательства; длительность заболевания; однако, основной причиной папилломатоза трахеи, бронхов и легких является трахеотомия. Процесс поражает нижележащие пути более чем у 90% трахеальных канюленосителей.

Выводы

В настоящее время известно множество различных методов лечения РРП. Однако, радикального этиопатогенетического средства до настоящего времени не найдено.

Как нам представляется, лечебная практика основывается на трех основных направлениях и их различных сочетаниях: совершенствование хирургических эндоскопических методов, поиск новых медикаментозных препаратов и разработка методик вакцинации.

Сопоставление данных эндоскопического обследования дыхательных путей и компьютерной томографии органов грудной клетки позволяет оценить распространенность РРП и риск появления отсевов папиллом в бронхи и легкие после повторных вмешательств на верхних и нижних дыхательных путях. Методы ПЦР-диагностики могут быть использованы в качестве дополнительного критерия выбора адьювантной медикаментозной терапии.

Вовлечение в патологический процесс легких — редкое явление при РРП, которое может создавать угрожающее жизни состояние. Как уже указывалось, трахеостомия и частые хирургические вмешательства в гортани и трахее способствуют распространению данного процесса в дистальные отделы респираторного тракта. По возможности следует избегать трахеостомии и частых хирургических вмешательств.

При лечении РРП оправдано применение современных эндоскопических методов лечения, включая электрохирургическую, лазерную деструкцию и аргоноплазменную коагуляцию папиллом.

Эффективность применения фотодинамической терапии в лечении РРП на наш взгляд требует дальнейшего изучения и оценки непосредственных и отдаленных результатов лечения.

Литература

1. Барышев В. В., Андреев В. Г., Попученов В. В., Ежов С. В. Современные аспекты изучения респираторного папилломатоза. Часть 2. Лечение. // Сибирский онкологический журнал.— 2010.— № 1 (37).— С. 68–72.
2. Карпищенко С. А., Рябова М. А., Катинас Е. Б., Улупов М. Ю., Кучерова Л. П. Возможности фотодинамической терапии в лечении рецидивирующего респираторного папилломатоза // Вестник оториноларингологии.— 2011.— № 4.— С. 30–32.
3. Соколов В. В., Гладышев А. А., Телегина Л. В. и соавт. Комбинированная эндоларингеальная видеоэндоскопическая хирургия и фотодинамическая терапия больных с рецидивирующим папилломатозом гортани и трахеи // Вестник оториноларингологии.— 2007.— № 6.— С. 4–9.
4. Солдатский Ю. Л., Онуфриева Е. К., Стрыгина Ю. В., Погосова И. Е. Рецидивирующий респираторный папилломатоз: современное состояние проблемы // Вестник оториноларингологии.— 2009.— № 4.— С. 66–71.
5. Aggunlu L., Erbas G. Recurrent respiratory papillomatosis with lung involvement. Diagn. Interv. Radiol.— 2009.— № 15.— P. 93–95.
6. Derkay C. S., Darrow D. H. Recurrent respiratory papillomatosis. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.— 2006.— № 115.— P. 1–11.
7. Goon P., Sonnex C., Jani P et al. Recurrent respiratory papillomatosis: an overview of current thinking and treatment // Eur. Arch. Otorhinolaryngol.— 2008.— Vol.265. № 2.— P. 147–151.
8. Ruan S-Y., Chen K-Y., Yang P-C. Recurrent respiratory papillomatosis with pulmonary involvement: A case report and review of the literature. Respiratory.— 2009.— № 14.— P. 137–140.
9. Skikowitz M. J., Abramson A. L., Steinberg B. M. et al. Clinical trial of photodynamic therapy with meso-tetra (hydroxyphenyl) chlorine for respiratory papillomatosis // Arch. Otolaryngol. Head. Neck. Surg.— 2005.— № 131(2).— P. 99–105.

Рубцовый стеноз трахеи: эндоскопическая коррекция

Новиков В. Н.

Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермский клинический центр Федерального медико-биологического агентства Российской Федерации

Ложкина Н. В., Нагаев А. С.

Городская клиническая больница № 42

г. Пермь

Рубцовый стеноз трахеи остается одной из наиболее сложных и драматичных проблем современной медицины. Медленно нарастающая дыхательная недостаточность при ясном сознании и неэффективности консервативного лечения и даже трахеостомии — таков удел этих больных, большинство которых составляют люди трудоспособного возраста. Единственным способом помочь им является реканализация трахеи, для чего используются различные физические факторы: механическое воздействие, высокочастотный электроток, высокоэнергетическое лазерное излучение [2, 4]. В последнее десятилетие для реканализации трахеи при стенозе широко применяются: аргон-плазменная коагуляция, радиочастотная абляция [4], криохирургия [3]. Бужирование трахеи меньше повреждает интактные отделы, позволяет быстро (в течение 30 с — 1 мин) восстановить просвет дыхательного пути у больных с критическим стенозом трахеи и стабилизировать состояние пациентов [2, 4]. Одним из перспективных методов эндоскопической коррекции трахеостеноза является эндопротезирование стентами различных конструкций и конфигураций, которые вводятся в просвет трахеи после восстановления проходимости. В качестве эндопротезов используются латексные или силиконовые трубки, которые устанавливаются в просвет трахеи на длительный срок с целью моделирования достаточного для адекватного дыхания просвета трахеи. В последние годы для пролонгированной протекции используются саморасправляющиеся нитиноловые стенты [1,2,4].

Цель

Обоснование алгоритма оказания экстренной помощи больным с декомпенсированными рубцовым стенозом трахеи.

Материал и методы исследования

Нами изучены результаты обследования и эндоскопического лечения 108 пациентов с субкомпенсированным и декомпенсированным циркулярным рубцовым стенозом трахеи.

При постинтубационном рубцовом стенозе трахеи, который представлял равномерное или асимметричное циркулярное сужение за счет белесой или гиперемизированной рубцовой ткани, причинами возникновения процесса были: продленная интубация трахеи — у 94, длительное существование трахеостомы — у 14. Лока-

лизация: подскладочное пространство и шейный отдел трахеи — 5, шейный отдел трахеи — 89, грудной отдел трахеи — 12, двухуровневый стеноз — 2. Степень сужения по М.И. Перельману (1972): II степень — у 36, III степень — у 72. Протяженность суженного участка: от 1 до 2 см — у 21, от 2 до 4 см — у 71, более 4 см — у 16. Возраст пациентов: от 16 до 68 лет. Мужчин — 74, женщин — 34.

При поступлении анализировали клинические признаки заболевания и эндоскопическую картину, после стабилизации состояния проводили цитологическое и гистоморфологическое исследования биоптатов и операционного материала. Проведенное экстренное эндоскопическое обследование позволило адекватно оценить характер патологического процесса и обосновать лечебную тактику.

Результаты и их обсуждение

В клинической картине доминировали признаки грубого нарушения трахеальной проходимости: «шумное» дыхание, выраженная инспираторная одышка, цианоз на фоне дыхания атмосферным воздухом, отсутствие эффективного кашля, ослабление дыхательных шумов над легочным полем. Прогрессирующая вентиляционная недостаточность послужила показанием к urgentной видео- или фибротрехеоскопии. По визуальным признакам определяли нозологическую принадлежность патологического процесса и степень сужения трахеи, чего было достаточно для обоснования показаний к экстренной эндоскопической коррекции. В последнее время для определения нозологической принадлежности стеноза используем поляризованный свет (рис. 1) и аутофлюоресцентную диагностику.

Во время эндохирургического пособия во всех случаях выполняли ригидную трахеоскопию с инъекционной вентиляцией легких (частота-20–200 в 1 мин, соотношение вдох-выдох — 1:1 или 1:2). В качестве источников физического воздействия использовали: тубус ригидного бронхоскопа; модифицированный пищеводный буж; Nd: YAG эндохирургический лазер «Радуга-1» (1064 нм) со стандартным световодом 600 мкм в пластиковой оболочке, несущей охлаждающий газ; и хирургический высокочастотный электронож.

При циркулярном рубцовом стенозе шейного отдела трахеи (n = 89), существующем более 5 месяцев, проводили секторальное иссечение наиболее ри-

гидных участков стенозирующего кольца с помощью контактного воздействия лазерным излучением при мощности 50 Вт (n = 3) или точечного электроножа в режиме «резание» (n = 19). После этого бужировали суженную зону модифицированными пищеводными бужами или тубусом ригидного бронхоскопа. При длительности процесса менее 5 месяцев, как правило, ограничивались бужированием. Затем удаляли детрит и патологический секрет из бронхиальных структур дистальнее препятствия. Эти меры позволили ликвидировать нарушения легочной вентиляции и гипоксию у всех пациентов.

Следующим этапом вмешательства являлось эндопротезирование линейным стентом Дюмона (n = 78) 0,9–1,2 x 6 см, который с помощью нити фиксировали на дистальной части тубуса бронхоскопа Фридля № 7–8, проводили через голосовые связки и под визуальным контролем при непрерывной вентиляции легких через бронхоскоп устанавливали в зоне сужения. Другим вариантом установки послужило введение протектора с помощью эндоскопических щипцов с фиксатором. Дислокация стента в проксимальном (21) и дистальном (2) направлениях, потребовавшая коррекции его положения, отмечена у 23 (26%) человек (рис. 2) Саморасправляющиеся стенты устанавливали с помощью стандартного доставочного устройства (n = 6). Трахеостомия с последующей установкой Т-образного протектора использована у 5 наших больных. Сочетание реканализации и эндопротезирования трахеи у всех пациентов способствовало стойкой нормализации легочной вентиляции и бронхиального дренажа, ликвидации воспалительных изменений в бронхо-респираторных структурах, а также явилось оптимальным средством подготовки к радикальной операции — резекции пораженного сегмента трахеи, которая у 52 пациентов. Резекция с наложением трахео-трахеального анастомоза выполнена у 50, перстневидно-трахеального — у 2, щитовидно-трахеального — у 1. Рестеноз имел место у 3 больных (рис. 3–5). Стабилизация после протекции стентом Дюмона достигнута у 1 из этих пациентов, ререзекция с наложением перстневидно-трахеального анастомоза выполнена у 2.

При циркулярном рубцовом стенозе грудного отдела трахеи (n = 12) проводили электродеструкцию наиболее массивной части рубца (при продолжительности процесса более 5 месяцев), бужировали суженную зону модифицированными пищеводными бужами или тубусом бронхоскопа, а затем выполняли эндопротезирование стентом Дюмона (n = 10) или саморасправляющимся стентом (n = 2). Циркулярная резекция трахеи после стабилизации хондроперихондрита произведена у 9 пациентов.

При двухуровневом рубцовом стенозе трахеи использовали: протекция саморасправляющимся + силиконовым стентами по типу «стент в стент» (n = 1) и протекция двумя силиконовыми стентами (n = 1). После стабилизации состояния трахеи одному больному выполнена резекция органа с трахео-трахеальным анастомозом.



Рис. 1. Эндофото. Циркулярный рубцовый стеноз шейного отдела трахеи III степени (СВИ)



Рис. 2. Эндофото. Дислокация стента Дюмона в проксимальном направлении



Рис. 3. Эндофото. Трахея пациента после резекции и трахео - трахеального анастомоза

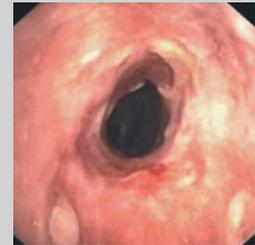


Рис. 4. Эндофото. Циркулярный рубцовый стеноз трахеи II степени (рецидив)



Рис. 5. КТ грудной клетки. Циркулярный стеноз шейного отдела трахеи



Рис. 6. Эндофото. Циркулярный рубцовый стеноз шейного отдела трахеи III степени



Рис. 7. Эндофото. Протекция шейного отдела трахеи стентом Дюмона

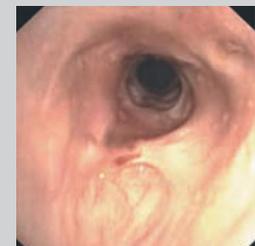


Рис. 8. Эндофото. Стабилизация просвета трахеи после 12 месяцев протекции стентом Дюмона



Рис. 9. Эндофото. Протекция трахеи саморасправляющимся стентом



Рис. 10. Эндофото. Стабилизация просвета трахеи после 12 месяцев протекции саморасправляющимся стентом



У 34 (31%) больных протекция в течение 11 месяцев — 1,5 лет позволила сформировать достаточный для адекватной вентиляции стабильный просвет трахеи (рис. 6–10). Хирургическая коррекция у этой группы наших пациентов не потребовалась.

Таким образом, бужирование, а в ряде случаев внутрипросветное высокоэнергетическое лазерное воз-

действие и электрохирургию, в сочетании с эндопротезированием можно считать ведущим способом коррекции суб- и декомпенсированного рубцового стеноза трахеи. Ликвидация трахеостеноза в urgentной ситуации требует одновременного использования всех перечисленных методик, что в свою очередь диктует необходимость оснащения лечебных учреждений соответствующей техникой.

Литература

1. Елезов А. А. Эндоскопическое эндопротезирование в лечении рубцовых стенозов / А. А. Елезов, М. А. Русаков, В. Д. Паршин // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия.— 2004.— № 3.— С. 59–63.
2. Новиков В. Н. Алгоритм экстренной эндоскопической коррекции декомпенсированных органических стенозов трахеи / В. Н. Новиков, Д. В. Тришкин, Н. В. Ложкина, А. С. Нагаев // Медицина экстремальных ситуаций.— 2009.— Т. 27.— № 1.— С. 36–41.
3. Топольницкий Е. Б. Применение криохирургических и лимфотропных технологий в комплексном лечении постинтубационных стенозов трахеи / Е. Б. Топольницкий, Г. Ц. Дамбаев // Вестник оториноларингологии.— 2012.— № 1.— С. 31–33.
4. Яицкий Н. А. Роль эндоскопических методов в лечении рубцовых стенозов трахеи / Н. А. Яицкий, В. А. Герасин, А. В. Герасин, А. А. Русанов // Вестник хирургии им. И. И. Грекова.— 2012.— Т. 171.— № 3. С. 11–15.

Сопутствующая патология бронхиального дерева у больных туберкулезом органов дыхания и у больных ВИЧ-инфекцией с активным туберкулезом легких

Оприщенко С. А., д.м.н., главный врач, Трефилов И. Е., к.м.н., заведующий отделением эндоскопии, Бабина Н. Ф., врач-эндоскопист, Кровикова Ж. В., врач-эндоскопист
ГБУЗ ДЗМ «Туберкулезная больница им. А. Е. Рабухина»

Трефилова Е. И., к.м.н., врач-эндоскопист
ГБУЗ ДЗМ «Городская клиническая больница им. С. С. Юдина»

г. Москва

Неспецифическая патология бронхиального дерева и распространение туберкулеза в бронхах являются одним из основных сопутствующих симптомокомплексов у больных с туберкулезом органов дыхания и у больных с легочным туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией.

Эти процессы обусловлены как воздействием экзо- и эндотоксинов микобактерий туберкулеза на физиологические и биохимические барьеры слизистой оболочки бронхов, так и синдромом приобретенного иммунодефицита, который формирует благоприятные условия для присоединения суперинфекций. В результате происходит нарушение микроклимата бронхиального дерева, изменение pH бронхиального секрета, дезактивация энзимов, обеспечивающих стерильность секрета в бронхах.

Цель исследования

В туберкулезной больнице им. А. Е. Рабухина проведен анализ сопутствующей патологии бронхиального дерева у больных с активной формой туберкулеза органов дыхания (ТБ) и у ВИЧ-ин-

фицированных больных легочным туберкулезом (ВИЧ/ТБ).

Материалы и методы исследования

За 2015 г. в клинике была выполнена диагностическая бронхоскопия 756 больным легочным туберкулезом. Из них у 308 больных на 4 стадии ВИЧ-инфекции (стадии вторичных заболеваний) туберкулез легких был выявлен впервые. Более 80% пациентов данной группы имели тяжелую степень иммуносупрессии (лабораторные показатели CD4+ лимфоцитов не превышали 200кл/мкл).

Среди обследованных большинство больных составляли мужчины — до 86%.

Как представлено в таблице № 1 возраст пациентов колебался от 20 до 60 лет.

Однако у больных ТБ преобладали пациенты среднего возраста от 30 до 60 лет — 89%, в группе ВИЧ/ТБ большинство составляли молодые люди в возрасте до 40 лет — 74,4%.

Диаграммы № 2 и № 3 наглядно демонстрируют, что более 70% больных страдали диссеминированной, инфильтративной и фиброзно-кавернозной фор-

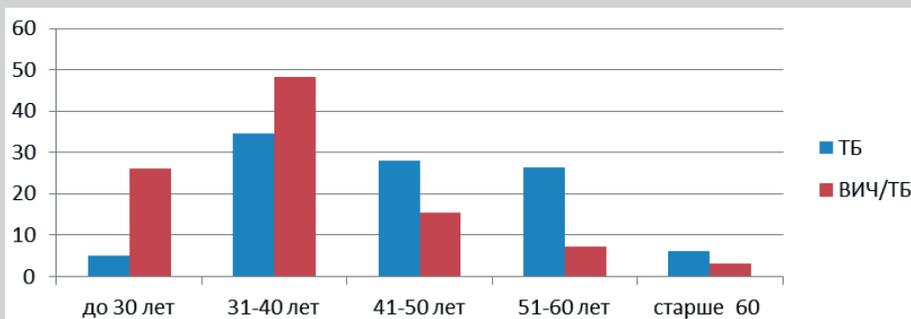


Оприщенко С. А.



Трефилов И. Е.

Диаграмма 1. Возраст обследованных пациентов





Бабина Н. Ф.



Кровикова Ж. В.

Диаграмма 2. Формы туберкулеза у больных ТБ



Диаграмма 3. Формы туберкулеза у больных ВИЧ/ТБ



мами туберкулеза легких. Об активности туберкулезного процесса у пациентов свидетельствовало наличие бактериовыделения (МБТ+).

Как видно из таблицы, бронхит 1 степени интенсивности воспаления определялся в 17% случаев. Признаки диффузного (гнойного) бронхита 2–3 степени

интенсивности воспаления встречались у 10,3% больных. В то же время, необходимо отметить, что у больных ВИЧ/ТБ в связи с выраженностью иммуносупрессии патологический процесс в бронхах отличался степенью выраженности и распространенности воспаления, клиническими признаками бронхообструкции

Таблица 1. Сопутствующая патология бронхиального дерева

Патология трахеобронхиального дерева	ТБ абс.(%)	ВИЧ/ТБ абс.(%)	Всего
Бронхит 1 ст. воспаления	76 (17%)	52 (17%)	128 (17%)
Бронхит 2–3 ст. (диффузный)	50 (11%)	28 (9%)	78 (10,3%)
Бронхит 2–3 ст. (ограниченный)	23 (5%)	3 (1%)	26 (3,4%)
Атрофический бронхит	89 (20%)	125 (41%)	214(28,3%)
Туберкулез бронхов	32 (7%)	29 (9%)	61 (8%)
Рубцовые изменения бронхов	110 (25%)	43 (14%)	153(20,3%)
Прочие	15 (3%)	12 (4%)	27 (3,6%)
Патологии не выявлено	53 (12%)	16 (5%)	69 (9%)
Всего	448 (100%)	308 (100%)	756 (100%)

(одышка, кашель, выделение мокроты). Ограниченную форму гнойного бронхита имели 3,4% больных, и во всех случаях локализация воспалительного процесса в бронхах соответствовала зоне распада в легком.

Рубцовые поствоспалительные (в том числе и посттуберкулезные) изменения бронхиального дерева чаще выявлялись у больных ТБ — в 25% случаев. Преимущественно это были пациенты с длительным туберкулезным анамнезом (большинство имели фиброзно-кавернозную форму туберкулеза легких).

У больных ВИЧ/ТБ рубцовые изменения встречались реже и, как правило, имели характерные признаки перенесенных бронхоаденитов (поражение внутригрудных лимфатических узлов с зоной перифокального воспаления) — выявлены у 14% больных (рис. 1).

Туберкулез бронхов (доказанный с помощью цитоморфологических методов исследования) выявлялся относительно чаще у больных ВИЧ/ТБ — 9%.

Это связано с более широким распространением туберкулезных бронхоаденитов у этих пациентов.

Атрофический бронхит (рис.4), не смотря на молодой возраст больных, так же чаще встречался у пациентов ВИЧ/ТБ — 44%; у больных ТБ — в 20% случаев (преимущественно это были больные пожилого возраста).

Выводы

1. Патологию бронхиального дерева имеют 88% больных легочным туберкулезом и 95% ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом органов дыхания.
2. Бронхиты 2–3 степени интенсивности воспаления у больных ТБ встречались чаще, чем у больных с ВИЧ/ТБ. Это объясняется тем, что степень иммуносупрессии у этих больных менее выражена, что позволяет макроорганизму более адекватно отвечать на присоединение неспецифических осложнений.
3. Только у 23% ВИЧ/ТБ пациентов обнаружены эндоскопические признаки перенесенного или активного туберкулезного бронхоаденита, что говорит о кратковременности туберкулезного анамнеза и о своевременности назначения широко применяемой на современном этапе лечения ВИЧ-инфекции антиретровирусной терапии.
4. Атрофический бронхит встречается у 41% ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом, не смотря на молодой возраст, что свидетельствует о развитии синдрома регенераторно-пластической недостаточности бронхиального дерева этих пациентов на фоне иммуносупрессии.
5. Смешанная патология бронхиального дерева, выявленная нами у большинства пациентов, говорит о необходимости комплексного подхода с применением эндоскопических методов диагностики и лечения этих больных.



Рис. 1а. Рубцовые изменения бронхов

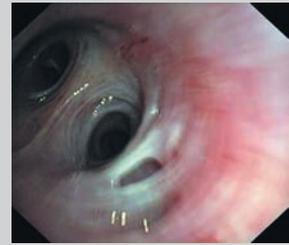


Рис. 1б. Рубцовые изменения бронхов



Рис. 2. Язвенный туберкулез бронха



Рис. 3. Туберкулезный бугорок бронха



Рис. 4а. Атрофический бронхит

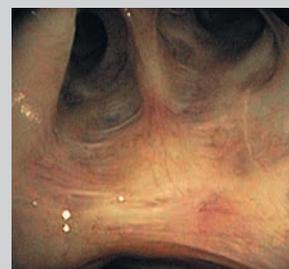


Рис. 4б. Атрофический бронхит

Информативность бронхологических исследований в дифференциальной диагностике туберкулеза и саркоидоза органов дыхания

Паламарчук Г. Ф., д.м.н., проф. кафедры эндоскопии
Кузьмин-Крутецкий М.И., д.м.н., профессор, зав. кафедрой эндоскопии
Гогохия Х.О., асс. кафедры эндоскопии
СЗГМУ им И.И. Мечникова.

Деревянко А.В., к.м.н., доц. кафедры фтизиатрии
ФП и ДПО СПбГПМУ

Судомоин Д.С., зав. отделением эндоскопии
Селеизарова Е.М., врач-эндоскопист
СПб ГБУЗ ГПТД

Якушенко Н.С., зав. отделением эндоскопии
СПб ГБУЗ ГТБ№ 2

г. Санкт-Петербург

Туберкулез и саркоидоз — гранулематозные заболевания, поражающие легкие, внутригрудные лимфатические узлы (ЛУ), дыхательные пути (ДП), плевру и другие органы. Этиология туберкулеза известна, тогда как этиология саркоидоза до настоящего времени не установлена. Тем не менее, саркоидоз признан самостоятельной нозологической формой, а больные саркоидозом, в соответствии с приказом МЗ РФ № 109 от 21.03.2003 года, переведены из-под наблюдения фтизиатров под наблюдение пульмонологов, терапевтов и врачей общей практики, что подчеркивает важность дифференциальной диагностики туберкулеза и саркоидоза. Трудности дифференциальной диагностики между туберкулезом и саркоидозом обусловлены сходными клиническими и рентгенологическими проявлениями, особенно при внутригрудной аденопатии и диссеминированных изменениях в легких на рентгенограммах.

Для дифференциальной диагностики этих заболеваний применяются как не инвазивные, так и инструментальные методы исследования, позволяющие верифицировать диагноз. К не инвазивным методам диагностики относятся: бактериоскопия мокроты по Циль-Нильсену, проба Манту, культуральный метод исследования мокроты, поиск ДНК микобактерий туберкулеза (МБТ) методом ПЦР, определение титра противотуберкулезных антител в крови. К новым не инвазивным методам диагностики относятся: Диаскин тест (усовершенствованная проба Манту), культуральный метод поиска МБТ с использованием жидкой питательной среды (Bactec), ускоренное обнаружение ДНК МБТ в мокроте и других биоматериалах с помощью систем GeneXpert и ПЦР-РВ. Большинство перечисленных методов применяется в условиях противотуберкулезных стационаров, тогда как в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) доступными являются бактериоскопия мокроты и других биоматериалов по Циль-Нильсену, а также проба Манту. К инструментальным методам диагностики туберкулеза и саркоидоза относятся стандартная бронхоскопия

и ультрасонография с тонкоигольной трансbronхиальной биопсией из ЛУ. Комплексное бронхологическое исследование выполняется как в противотуберкулезных учреждениях, так и в ЛПУ, в составе которых имеются торакальное и реанимационное отделение для обеспечения безопасности трансbronхиальной биопсии легких (ТБЛ). Ультрасонография проводится при наличии соответствующей аппаратуры и специалиста, владеющего этой методикой. До бронхологических исследований обязательным является выполнение бактериоскопии мокроты по Циль-Нильсену, что позволяет выявить массивное бактериовыделение, наиболее опасное для окружающих и врачей эндоскопистов. Бактериоскопию мокроты по Циль-Нильсену обязаны выполнять все клинико-диагностические лаборатории медицинских учреждений в соответствии с приказом МЗ РФ № 8 от 19.09.1995 года «О развитии и совершенствовании деятельности лабораторий клинической микробиологии в лечебно-профилактических учреждениях». При обнаружении МБТ в мокроте, бронхоскопия в ЛПУ не выполняется, а больной немедленно переводится в противотуберкулезный стационар.

Комплексное бронхологическое исследование было выполнено у 855 больных, находившихся на лечении и обследовании в различных ЛПУ и противотуберкулезных учреждениях Санкт-Петербурга. Алгоритм бронхологического исследования включал визуальную оценку состояния дыхательных путей и выполнение различных методик с целью взятия материала из дыхательных путей, легких и увеличенных внутригрудных ЛУ для бактериологического и цитоморфологического исследования. При визуальной оценке состояния дыхательных путей у больных туберкулезом были выявлены с различной частотой следующие изменения: выступание стенки бронха в просвет вследствие давления извне, бугорковые образования слизистой оболочки, гипертрофия, инфильтрация и язва на фоне инфильтрации, лимфобронхиальный свищ, пигментация слизистой тем-

но-синего цвета, бронхолиты, а также рубцы и рубцовые стенозы бронхов.

В настоящее время все более актуальной становится проблема сочетания туберкулеза с ВИЧ-инфекцией. В патогенезе развития туберкулёза на фоне иммунодефицита огромную роль играет вовлечение в специфический воспалительный процесс лимфатических узлов средостения. В связи с этим в эндоскопической картине часто встречаются косвенные признаки увеличения ЛУ средостения (7, 10, реже 4 групп), а также свищевые формы туберкулеза бронхов от единичных бронхоплевральных свищей до массивных свищевых процессов с вовлечением крупных бронхов, трахеи и пищевода.

За 2015 год в ГТБ№ 2 выполнено 260 первичных обследований у пациентов с подтвержденной ВИЧ-инфекцией. Эндоскопические признаки поражения ЛУ, включая свищевые формы — 20,8%, другие формы туберкулеза бронхов — 5%, посттуберкулезные рубцы — 20%, неспецифические изменения — 48,5%, без видимой патологии — 4,6%. Дополнительным направлением диагностического поиска у таких больных должно быть выявление оппортунистических заболеваний, часто встречающихся у лиц на поздних стадиях ВИЧ-инфекции одновременно с активным туберкулёзом, а также и исключение лимфопролиферативных заболеваний. С этой целью обязательным является выполнение бронхоальвеолярного лаважа (БАЛ) для проведения ПЦР на основные оппортунистические инфекции (цитомегаловирус, пневмоцистис и др.).

При саркоидозе также определялись признаки поражения бронхов, сходные с таковыми при туберкулезе: выступание стенки бронхов в просвет, гиперваскуляризация и бугорковые образования слизистой оболочки (СО) бронхов. Однако эти признаки не имели самостоятельного дифференциально-диагностического значения, так как встречались при обоих заболеваниях. У части больных туберкулезом и саркоидозом изменения в бронхах отсутствовали.

Решающее значение в дифференциальной диагностике туберкулеза и саркоидоза принадлежало результатам бактериологического и морфологического исследования биопсийного материала, полученного при бронхоскопии с помощью БАЛ, прямой и трансбронхиальной биопсии легкого. Критериями диагностики были МБТ и гранулемы из эпителиоидных клеток с казеозным некрозом при туберкулезе и без некроза при саркоидозе. По нашим данным результаты прямой биопсии из инфильтративных и гранулематозных изменений в бронхах были положительными у 75% больных туберкулезом и у 86% больных саркоидозом. При культуральном исследовании лаважной жидкости, МБТ были обнаружены у 62% больных, преимущественно с деструктивными формами туберкулеза. При отсутствии изменений в бронхах, отрицательных результатах культурального исследования ЖБАЛ и прямой биопсии СО, выполняли ТБЛ из зоны затенения в легких. Положительные результаты ТБЛ были получены у 60% больных туберкулезом и у 82% больных саркоидозом.

По литературным данным цитологическое исследование пунктата из увеличенных бронхоплевральных ЛУ, полученного с помощью тонкоигльной биопсии при ультрасонографии позволяет разграничить опухолевые и гранулематозные процессы.

Таким образом, комплексное бронхологическое исследование обеспечивает морфологическую верификацию туберкулеза и саркоидоза более чем у половины больных. При неразрешимых дифференциально-диагностических трудностях применяется видеоассистированная торакоскопическая биопсия, более инвазивная чем бронхоскопия и требующая специального оснащения. Бронхологические исследования должны выполнять врачи-эндоскописты, владеющие соответствующими методиками, а цитологи и морфологи медицинских учреждений должны иметь опыт оценки материала, полученного при бронхоскопии.

Эндоскопические технологии в комплексном хирургическом лечении больных с приобретенным стенозом трахеи

Слепенкова К. В., к.м.н., сотрудник хирургического эндоскопического отделения
Старков Ю. Г., проф., заведующий хирургическим эндоскопическим отделением

ФГБУ «Институт хирургии им. А. В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

г. Москва



Слепенкова К. В.,



Старков Ю. Г.,

Лечение приобретенных стенозов трахеи продолжает оставаться сложной и до конца не решенной проблемой. Количество больных имеет отчетливую тенденцию к росту.

Единственным радикальным методом лечения остается циркулярная резекция трахеи. Остальные операции приводят лишь к временному не стойкому поддержанию адекватного просвета трахеи. Часто выполнить радикальную операцию не всегда предоставляется возможным ввиду большой протяженности стеноза, тяжести состояния больного, а также индивидуальных анатомических особенностей. В таких ситуациях эндоскопические технологии являются методом выбора.

Внедрение современных подходов в лечении приобретенных стенозов трахеи определило цели и задачи нашего исследования — изучить результаты временного восстановления просвета трахеи, изучить характер и частоту осложнений различных методов временного восстановления проходимости трахеи, определить оптимальные сроки стентирования у больных с рубцовым стенозом трахеи в зависимости от типа эндопротеза, определить место применения нитинолового самораскрывающегося стента в алгоритме лечения пациентов со стенозом трахеи.

Материалы и методы

В Институте Хирургии им. А. В. Вишневского за период с сентября 2008 по июнь 2014 гг. были обследованы 33 пациента (18 мужчин и 15 женщин) в возрасте от 19 до 65 лет с рубцовым постинтубационным (6 пациентов) и посттрахеостомическим (24 пациента) стенозами трахеи, а также рубцовым стенозом, возникшим после циркулярной резекции трахеи — 3 пациента. В 12 наблюдениях (36%) 10 пациентам выполнено стентирование трахеи самораскрывающимися

стентами как временная мера восстановления просвета дыхательных путей. В 2 наблюдениях (6%) пациентам была выполнена эндоскопическая установка стентов типа Дюмон через ригидный бронхоскоп. Показанием к эндоскопическому вмешательству с использованием металлических стентов являлось временное восстановление просвета дыхательных путей у пациентов с рубцовым стенозом трахеи в связи с необходимостью предоперационной подготовки (7 наблюдений). Двум пациентам стенты устанавливались для предупреждения сужения просвета трахеи после эндоскопических вмешательств (бужирование трахеи) и двум больным — после циркулярной резекции трахеи с частичной несостоятельностью анастомоза. В 1 наблюдении показанием для установки стентов Дюмона явился рубцовый стеноз трахеального анастомоза после циркулярной резекции. Еще в одном наблюдении показанием для стентирования трахеи с использованием стента Дюмона явился рестеноз трахеи после извлечения пластикового стента и невозможностью радикального оперативного лечения. В 5 наблюдениях для установки стентов использовали ригидный бронхоскоп, в 9 — стенты устанавливали под контролем гибкого бронхоскопа. В 13 наблюдениях (39%) было произведено стентирование с использованием эндопротезов, изготавливаемых интраоперационно из термопластических интубационных трубок различного диаметра.

Результаты

Эндоскопическое лечение проведено 40 пациентам из 43. Всего 28 пациентам из 40 было выполнено 30 эндоскопических стентирований. Из них имплантировано 4 самофиксирующихся стента Дюмона, 12 нитиноловых самораскрывающихся стентов и 8 термопластических линейных стентов. Во время эндоскопи-

ческого лечения пациентов с рубцовым стенозом трахеи в 30 наблюдениях из 40 зафиксированы осложнения различного характера. Во время эндопротезирования осложнений у исследуемых пациентов не было. После эндопротезирования трахеи в контрольном периоде от 7 до 30 суток рестеноза отмечено не было. Наибольшее количество осложнений при эндопротезировании нитиновым самораскрывающимся стентом зафиксировано в период от 14 до 21 суток. Медиана стентирования составила 21,5 (12,5; 29,5) суток. У пациентов, которым выполнено стентирование трахеи в 7(58,3%) наблюдениях из 12 отмечено разрастание грануляций по концам эндопротеза, в 2 (16,6%) наблюдениях из 12 — продольный перелом эндопротеза и у 4 (33,3%) пациентов из 12 — дислокация стента. Таким образом стентирование трахеи нитиновым самораскрывающимся стентом при доброкачественных приобретенных стенозах должно составлять не более 14 суток. Наибольшее количество осложнений при эндопротезировании линейным термопластичным стентом зафиксировано в период от 14 до 21 суток. Медиана стентирования составила 41,5 (21,5; 140) суток. У пациентов, которым выполнено стентирование трахеи термопластичным линейным стентом в 5 (62,5%) наблюдениях из 8 отмечено развитие грануляций по концам эндопротеза, в 4 (50%) наблюдениях из 8 — дислокация стента, в 2 (25%) наблюдениях из 8 — обтурация просвета стента вязкой мокротой с развитием значительных вентиляционных нарушений. В связи с планированием этапных реконструктивно-пластических операций на трахее после установки линейного термопластичного стента идеальным сроком удаления является срок от 4 до 6 месяцев. Однако ряду пациентов (4 наблюдения),

в связи с возникшими осложнениями, стент был удален в более ранние сроки. В связи с чем медиана стентирования составила 41,5(21,5;140). У пациентов, которым выполнено стентирование трахеи самофиксирующимся термопластичным стентом Дюмона, в отдаленный период в 1 наблюдении диагностирован трахео-пищеводный свищ — выполнена циркулярная резекция трахеи с одномоментным разобщением трахеопищеводного соустья.

Заключение

Эндопротезирование является эффективным методом восстановления просвета трахеи при отсутствии возможности одномоментного радикального хирургического лечения, в том числе при протяженных рубцовых стенозах, позволяющим у большинства пациентов устранить явления дыхательной недостаточности на этапах подготовки к радикальной операции. Среди различных осложнений, возникающих вследствие эндопротезирования трахеи, наибольшее клиническое значение имеют дислокация, развитие грануляций по краям эндопротеза и обтурация просвета стента мокротой. Применение нитинового самораскрывающегося стента целесообразно только для кратковременного (не более 14 суток) поддержания просвета трахеи у больных с декомпенсированным рубцовым стенозом. У больных с субкомпенсированными формами рубцовых стенозов трахеи при отсутствии противопоказаний к радикальной операции предварительных эндоскопических вмешательств на трахее желательнее избегать. Профилактикой развития осложнений является правильный подбор размеров стента, адекватных параметрам трахеи после бужирования.

Опыт Московского Научно-исследовательского онкологического института им. П. А. Герцена по эндобронхиальной хирургии, терапии и стентированию при стенозирующих опухолях

Соколов В. В., рук. эндоскопического отделения
Телегина Л. В., с.н.с. эндоскопического отделения

Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена,
филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» МЗ РФ

г. Москва



Соколов В. В.



Телегина Л. В.

Цель

Разработка методов комбинированной эндотрахеобронхиальной хирургии с использованием высокотехнологичных методов реканализации и стентирования у больных при стенозирующем раке трахеи и бронхов.

Материалы и методы

За период с 1984 по 2016 год в ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» МЗ РФ разработаны и применены в клинике комбинированные методы эндотрахеобронхиальной хирургии и стентирования при злокачественных опухолях трахеи и бронхов у 430 больных (503 опухоли). Всего было выполнено 1342 операции. Мужчин — 270, женщин — 160. Средний возраст — $61 \pm 11,1$ лет. Плоскоклеточный рак был — у 185; аденокистозный рак — у 50; карциноидная опухоль — у 55; аденокарцинома — у 33; мелкоклеточный — у 22; рак щитовидной железы с прорастанием стенки трахеи — у 14; эндобронхиальные метастазы рака других локализаций, лимфома средостения и ЛГМ — у 61 пациента.

На первом этапе лечения с целью восстановления проходимости дыхательных путей в зависимости от локализации, распространенности и степени выраженности опухолевого стеноза были использованы: механическое срезывание опухоли в 0,2% случаев; Nd: YAG-лазерная деструкция в 25,8%; АПК — 25,1%; электрорезекция — 9,3%; ФДТ — 5,7%, а так же их сочетание в 34,1%. На втором этапе лечения с учетом стадии, гистологической структуры проводили открытую хирургическую операцию, сочетанную лучевую терапию или эндоскопическое стентирование.

Разработано несколько вариантов анестезиологического обеспечения эн-

дотрахеальных операции. При стенозе III степени (166 пациентов — 38,6%) проводили наркоз с высокочастотной искусственной вентиляцией легких (ВЧ ИВЛ) по дыхательному катетеру, установленному ниже зоны стеноза. При опухоли локализующейся в зоне бифуркации трахеи катетер для ВЧ ИВЛ устанавливали в одном из главных бронхов.

Результаты

Благодаря использованию индивидуально подобранной оптимальной схемы эндоскопической реканализации удалось добиться полного восстановления провета дыхательных путей в 100% наблюдений. Осложнения составили 5,6%, летальности нет.

При опухолевом стенозе трахеи и крупных бронхов I-II степени методы Nd: YAG — лазерной деструкции, электрокоагуляции и аргоноплазменной коагуляции показали одинаковую эффективность. При опухолевом стенозе III степени методом выбора на первом этапе являлась Nd: YAG — лазерная вапоризация или одномоментное механическое срезывание опухоли дистальным концом бронхоскопической трубки, с последующей интубацией тefлоновой трубкой на 1 сутки. После экстубации дополнительные эндоскопические операции выполняли в несколько этапов, с интервалом в 5–6 дней до полного восстановления провета и нормального самостоятельного дыхания.

У 14% больных была достигнута полная регрессия опухоли со сроком наблюдения без рецидива до 27 лет (Me = 8,5 года, ср. = $9,2 \pm 6,3$). У 10% больных после эндоскопического этапа была выполнена радикальная трахеобронхопластическая операция (Me = 8,5 года,

ср.=9,2 ± 6,3). У 115 (26,6%) больных на II этапе проведена сочетанная ЛТ с полной регрессией опухоли в 35% наблюдений (Me = 8,5 года, ср.=9,2 ± 6,3).

На втором этапе лечения у 125 (29%) больных с остаточной опухолью с паллиативной целью проводили стентирование трахеи и бронхов. Всего установлено 178 стентов: stent «DUMON» /Novathech, Medsil/ (16), Y-Stent Freitag /Rusch/ (2), HANARO-Stent /M.I.Tech/ (146), Ultraflex-Stent /Boston Scientific/ (6), Y-Stent Endo-flex

GmbH (8). Максимальный срок наблюдения при стентировании от 1 до 27 мес. (Me = 10,0 мес. ср.=10,4 ± 6,2)

Выводы

Разработанные методы эндотрахеобронхиальной хирургии и стентирования позволяют увеличить число излеченных больных, уменьшить число тяжелых осложнений, а также улучшить качество и продолжительность жизни у инкурабельных пациентов.

Совершенствование подхода к лечению детей с инородными телами трахеобронхиального дерева, как основа прогнозирования и предотвращения осложнений в раннем и отдаленном периодах

Степанов А.А., зав.отд эндоскопии
Паролова Н.И., к.м.н., врач-эндоскопист

ДГКБ № 5 им.Н.Ф.Филатова

г. Санкт-Петербург

Инородные тела (ИТ) трахеобронхиального дерева (ТБД) у детей являются одной из жизнеугрожающих ситуаций в современной экстренной эндоскопии, особенно в педиатрической практике. Однако, наряду с этим, проблема практически не освещена в современной литературе. Единичные статьи по данной тематике раскрывают лишь небольшую часть этой серьезной нозологии.

Ежегодно в условиях эндоскопического отделения ДГКБ № 5 им. Н. Ф. Филатова производится 25–30 удалений инородных тел ТБД ежегодно. Количество таких пациентов остается стабильным на протяжении длительного времени. Обработка данных по 91-му случаю, которым производилось эндоскопическое удаление инородного тела ТБД за 2013–2015 год, позволяет говорить о стабильных цифрах отражающих общее количество прооперированных, возрастные группы, характер ИТ, локализацию ИТ.

Количество: 36 за 2013; 22 за 2014; 33 за 2015. Преимущественное большинство детей с инородными телами ТБД составляют дети 1–3 года (73%), тогда как ситуация с детьми в возрасте до 1 года (8%), является редкой. Это обусловлено большим контролем со стороны родителей и меньшей подвижностью ребенка. Дети старше 3х лет составляют 19%. По данным литературы ИТ преимущественно локализируются в правых отделах ТБД (до 80%). Наши данные позволяют говорить о сравнительно равной локализации инородных тел. Правый главный бронх – 46 случаев (48%); Левый главный бронх – 39 случаев (45%); Трахея – 6 случаев (7%). ИТ органической природы встречаются чаще (75%), чем неорганической (25%).

Удаление всех инородных тел производилось в условиях общего обезболивания. Для удаления использовался педиатрический ригидный оптический бронхоскоп Storz.

В послеоперационном периоде все дети получали комплексную терапию. Сроки госпитализации варьировались от 1 до 10 дней.

В отсроченном периоде (через 1г-3г) у значительной части детей отмечаются частые заболевания респираторного тракта, не редко со стенозирующим компонентом.

Целью работы являются: 1. изучение причин возникновения осложнений в раннем послеоперационном и отдаленном периодах. 2. Влияние различных факторов на течение операции и послеоперационного периода.

3. Максимальное снижение факторов возможной хирургической и анестезиологической агрессии.

Для анализа причин возникновения осложнений были выбраны 25 случаев с наиболее одинаковыми характеристиками. Произведен детальный разбор каждого случая, от момента поступления до выписки из стационара. Выявлены закономерности течения послеоперационного периода в зависимости от характера инородного тела, времени экспозиции, длительности операции. Определены факторы, влияющие на возможное развитие осложнений. Определены показания для активной предоперационной подготовки.

В настоящее время работа над совершенствованием подходов к лечению пациентов с инородными телами ТБД продолжается. Основные направления работы следующие:

1. Оптимизация методов и схем предоперационной подготовки.
2. Более пристальное изучение всех факторов влияющих на продолжительность и травматичность операции.
3. Оптимизация тактики послеоперационного ведения пациентов

Выводы

1. По данным историй болезней и клиническим наблюдением в отсроченном периоде, определены критерии для проведения предоперационной подготовки, в зависимости от характера ИТ и его экспозиции: неорганические ИТ после 600 минут экспозиции, органические ИТ после 300 минут экспозиции, орехи всем независимо от времени экспозиции.
2. Слизистая ТБД после активной предоперационной подготовки менее агрессивно реагирует на вмешательство, тем самым сокращая время операции, а так же способствует созданию условий более гладкого течения раннего послеоперационного периода.
3. В послеоперационном периоде показана комплексная терапия и дифференцированный подход к лечению в зависимости от характера ИТ, длительности экспозиции, особенностей течения операции
4. Всем пациентам после удаления ИТ ТБД необходимо динамическое амбулаторное наблюдение сроком не менее 3х лет.

Эндоскопическое пособие при сложных интубациях трахеи

Столяренко П. Ю., Юрченко И. Н., Насырова Е. В.

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России

г. Самара

Эндотрахеальный наркоз с искусственной вентиляцией легких используется при большом количестве оперативных вмешательств. Залогом эффективности и безопасности этого наркоза является обеспечение проходимости дыхательных путей. Эндотрахеальная трубка с раздувной манжеткой в обеспечении проходимости дыхательных путей в анестезиологии является «золотым стандартом». Но это только в том случае, если она введена в трахею! Традиционная интубация трахеи через рот под контролем прямой ларингоскопии противопоказана (потому что невозможна!) при ряде патологических состояний и заболеваний: при повреждениях шейного отдела позвоночника, изменениях органов шеи и лицевого черепа, контрактурах височно-челюстного сустава и пр. Поэтому выработка стратегии и тактики интубации трахеи в таких ситуациях имеет решающее значение не только для анестезиологов, но и хирургов, в том числе челюстно-лицевых и стоматологов.

Анестезиологическое обеспечение в челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) традиционно является наиболее проблемным. Особое место занимают больные с новообразованиями рото-гортаноглотки костей лицевого черепа, которые нарушают анатомию и топографические ориентиры, выступая в просвет дыхательных путей. Такие анатомические изменения связаны не только с опасностью трудной интубации трахеи из-за невозможности визуализировать голосовую щель, но и с развитием ситуации, известной как «невозможно вентилировать — невозможно интубировать» после индукции в анестезию и введения миорелаксантов. Аналогичные ситуации могут быть при анестезии у пациентов с ограничением открывания рта, с аномалиями челюстно-лицевой области и шеи. «Трудные дыхательные пути» (по ASA, 2002) могут быть определены как клиническая ситуация, в которой квалифицированный анестезиолог испытывает трудности с вентиляци-

ей маской, трудности с интубацией трахеи, или обе ситуации одновременно.

Для предоперационного прогнозирования трудной интубации трахеи используются различные тесты. Наиболее надёжными из них считаются модифицированный тест Mallampati, измерение расстояния между подбородком и щитовидным хрящом, способность выдвигать вперед нижнюю челюсть, а также оценка разгибания головы в атлантоаксиальном сочленении и степень открывания рта.

При невозможности выполнить интубацию трахеи через рот используют методику введения интубационной трубки через нос. Эту манипуляцию можно выполнить вслепую, но гораздо безопасней проходит она, если используется гибкий ларинго- или бронхоскоп. Манипуляция проходит при самостоятельном дыхании пациентом. Техника интубации может быть разной.

Методика фиброоптической назальной интубации трахеи

Премедикация. Для обеспечения психоэмоционального комфорта при манипуляции, уменьшения бронхиальной секреции и саливации, облегчения действия местного анестетика, лучшей визуализации анатомических ориентиров и достижения седации в сознании проводится премедикация внутривенно (фентанил 0.1 мл + атропин 500 мкг + сибазон 5 мг). До начала анестезии для предотвращения носового кровотечения, уменьшения секреции и увеличения проходимости в оба носовых хода вводятся сосудосуживающие капли. Преоксигенация. В течение 8 мин проводится ингаляция 8 л/мин кислорода через маску наркозно-дыхательного аппарата.

Этап интубации трахеи под контролем ФБС

- Местная анестезия носовых ходов, корня языка и задней стенки глотки 1 дозой спрея 10% раствора лидокаина по общепринятой методике. После до-



Столяренко П. Ю.



Юрченко И. Н.



Насырова Е. В.

стижения анестезии эндотрахеальная трубка Portex № 7,5 с раздувной манжеткой вводится через более проходимый носовой ход в ротоглотку.

- Затем дистальная часть фибробронхоскопа, предварительно обработанная гелем Медиагель «Гельтек-Медика», вводится через просвет эндотрахеальной трубки в ротоглотку. Визуально определяют вход в гортань, надгортанник и голосовые связки.
- Анестезия орошением по мере продвижения болюсным введением 1–2 мл 2% лидокаина по биопсийному каналу фибробронхоскопа Olympus BF-40: на голосовые складки дробно 4,0 мл 2% лидокаина; 1,0 мл в трахею и 1,0 мл на карину бифуркации трахеи (максимальная дозировка лидокаина не должна превышать 4 мг/кг). После медикаментозного пареза голосовых складок просвет голосовой щели становится широким, создаётся возможность для проведения фибробронхоскопа и дыхания пациента. Диаметр 6,0 мм устраняет возможность ларингоспазма.
- Фибробронхоскоп плавно, под постоянным визуальным контролем через окуляр, проводится в нижнюю треть трахеи, не доходя до карины на 1–2 см. Катетер из рабочего канала эндоскопа удаляется, при необходимости проводится санация трахеобронхального дерева.
- Эндотрахеальная трубка по фибробронхоскопу под контролем зрения продвигается в нижнюю треть трахеи.
- Фибробронхоскоп удаляется плавно, под постоянным визуальным контролем через окуляр.

Возможна другая методика

Можно выполнить интубацию, используя бронхоскоп как проводник. В этом случае интубационная трубка надевается на эндоскоп, смещаясь вверх до упора. Эндоскоп через носовой ход проводится в трахею, затем по нему осторожно, вращательными движениями, спускается интубационная трубка.

Ниже приведем случай, который иллюстрирует алгоритм действий при трудной назо-трахеальной интубации трахеи при сохранённом сознании.

Больная С., 32 года. Рост 178 см, масса тела 76 кг, предстоит оперативное вмешательство на нижней челюсти по поводу устранения нижней микрогнатии (микрогении) — удлинения нижней челюсти.

Из анамнеза: в возрасте 24 лет — Кесарево сечение. Проблемы при анестезиологическом обеспечении: трудная интубация из-за анатомо-топографических изменений в области рото-гортаноглотки, клиническая смерть. Спит в положении на животе и на боку, храпит, в положении на спине спать не может.

Объективно: в связи с недоразвитием нижней челюсти так называемое «птичье лицо», глоссоптоз (западение языка), открывание рта на 2 см, тест Mallampati класс IV, Cormack-Lehane III степень, выдвижение нижней челюсти 0,2 см, сгибание шеи к груди на 30°, разгибание головы относительно шеи на 60°, грудно-подбородочное расстояние 12 см, тест Патила — 2 см. При фиброларингоскопии: слизистая оболочка преддверия

гортани бледно-розового цвета. Голосовые складки белого цвета, подвижны, при фонации смыкаются. Голосовая щель широкая. Подскладочное пространство свободное. Отмечены деформация и изменение положения надгортанника (смещён книзу).

Диагноз: Микрогнатия. Синдром Пьера Робена.

В связи с отягощённым анестезиологическим анамнезом и признаками возможной трудной интубации (наличие деформации гортаноглотки, признаков обструкции — сильный храп во сне, тест Mallampati класс IV, Cormack-Lehane III степень; операционно-анестезиологический риск: 3/3) решено проводить фибробронхоскопическую интубацию трахеи под местной анестезией при сохранённом сознании.

В день операции до начала анестезии для предотвращения носового кровотечения и увеличения их проходимости в оба носовых хода введено по 3 капли нафтизина. Премедикация: в/в 500 мкг атропина сульфата + 5 мг сибазона + 0,1 мг фентанила.

Преоксигенация 8 л/мин кислорода через маску наркозно-дыхательного аппарата Dr der Fabius. С помощью ФБС определён более проходимый правый носовой ход. После наступления анестезии выполнена назо-трахеальная интубация трахеи при сохранённом сознании под контролем ФБС эндотрахеальной трубкой Portex № 7,5 с раздувной манжетой. После того, как было диагностировано точное положение эндотрахеальной трубки в трахее (капнометрия PetCO₂ = 39), проведён вводный наркоз: пропофол (120 мг), фентанил (0,1 мг), адриан (4 мг). За время фиброоптической интубации у больной АД составляло 106–127 и 58–78 мм. рт. ст., ЧСС 88–96 в мин., ЭКГ в пределах нормы, SpO₂ 98–100%. После этого была начата анестезия и выполнена операция, по окончании которой успешно произвели экстубацию трахеи. Продолжительность операции 150 мин, анестезиологического обеспечения 195 мин.

Заключение

Тщательное изучение анамнеза пациента может помочь в выявлении возможных проблем с обеспечением проходимости верхних дыхательных путей. К косвенным признакам можно отнести наличие выраженного храпа, обструктивного сонного апноэ, указаний на трудную интубацию во время предыдущих анестезий.

При прогнозируемой трудной интубации трахеи необходимо тщательно запланировать анестезию и обеспечить её безопасность (готовность к экстренному инвазивному доступу к верхним дыхательным путям). Перед началом манипуляций следует маркировать анатомические ориентиры на передней поверхности шеи пациента, чтобы облегчить их поиск в случае перехода к инвазивным техникам.

Экстубация больного, у которого была трудная интубация, должна выполняться крайне осторожно. Существует опасность того, что пациенту потребуется реинтубация, которая может стать ещё более сложной, чем первичная процедура. В силу этого основными показаниями к экстубации являются пробуждение больного, его контакт с анестезиологом, а также восстанов-

ление проходимости дыхательных путей и адекватная вентиляция.

Назотрахеальная интубация трахеи под местной анестезией, при сохранённом сознании и дыхании больного, с использованием оптических устройств с успехом может быть использована в ЧЛХ при предполагаемой трудной интубации. Она повышает безопасность ане-

стезии, позволяет уменьшить показания к трахеостомии для проведения наркоза. Данная техника требует определенного опыта и противопоказана при отсутствии подвижности головы и шеи, тесного контакта с пациентом, аллергии на местные анестетики, невозможности провести через нос эндотрахеальную трубку достаточного диаметра.

Тактика врача-эндоскописта при удалении инородных тел трахеобронхиального дерева

Трухан Р. Г., Волкова Е. О., Лапшин К. Е., врачи-эндоскописты
Храмцов В. Е., зав. эндоскопическим отделением

Областная клиническая больница

г. Иркутск



Трухан Р. Г.



Храмцов В. Е.

Наличие инородного тела в трахеобронхиальном дереве является экстренным показанием для проведения бронхоскопии, а в дальнейшем, лечебных бронхоскопий, чтобы избежать осложнений и оперативных вмешательств.

В связи с этим, важен опыт эндоскописта и правильно выработанная тактика при диагностике, удалении и лечении таких пациентов. Накопленный опыт (более 35 лет) оказания помощи больным, поступающим в областную клиническую больницу с инородными телами, дает возможность поделиться выработанной тактикой диагностики, удаления инородных тел и лечения данных пациентов.

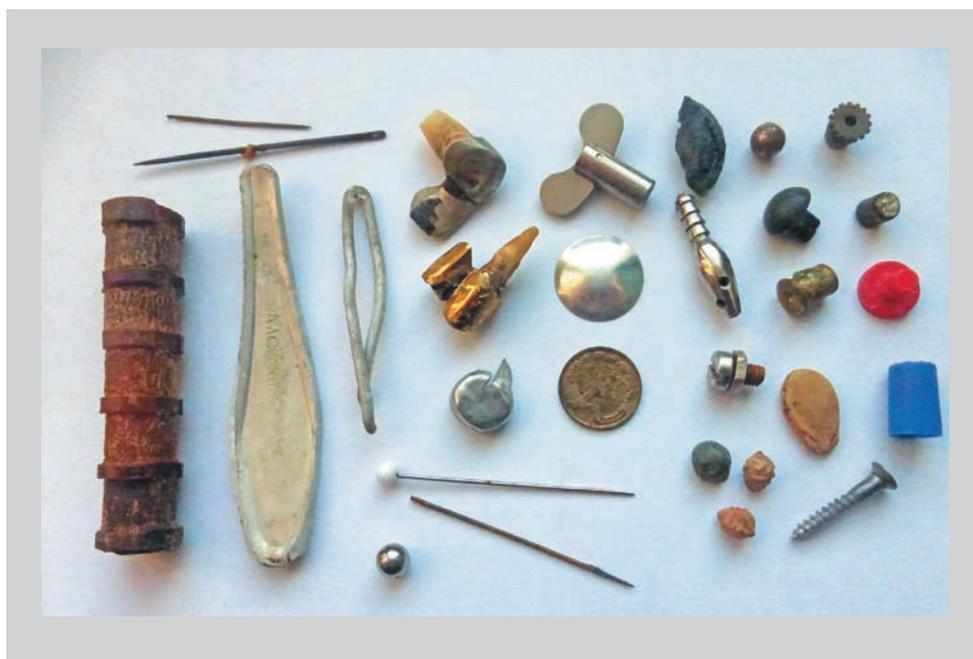
Как правило, это экстренное показание для проведения бронхоскопии. Важен выбор метода эндоскопии-ригидная, бронхоскопия или фибробронхоскопия. Детям проводится удаление инородных тел под нар козом. Взрослым же в зависимости от нахождения инородного тела в трахеобронхиальном дереве и его размеров.

Диагностическая, как правило, фибробронхоскопия проводится у пациентов, у которых предполагается наличие инородного тела в бронхиальном дереве, даже при отсутствии рентгенологических данных и характерных жалоб больного для исключения мелких инородных тел и их удаления санационным методом.

Разнообразие инородных тел удивляет. Классификация инородных тел постоянно пополняется.

Инородные тела, удаленные нами, можно разделить на группы растительного и органического происхождения, металлические предметы, изделия из стекла и дерева, изделия медицинского назначения, украшения и прочие, инородные тела, свойственные данной территории, в нашем случае это кедровые орехи, их скорлупа.

Ниже представлена фотография наиболее редких удаленных инородных тел. За все годы было пролечено более 1000 пациентов в возрасте от 1 года до 85 лет.





Встречались больные со старыми инородными телами, обнаруженными случайно при медицинских осмотрах. Это монеты, металлические иглы, зубные коронки, зубы, выпавшие незаметно и попавшие в трахеобронхиальное дерево во время сна.

Нередко инородные тела попадают в трахеобронхиальное дерево во время медицинских манипуляциях — это прежде всего иглы для санации миндалин, отломившиеся кончики проводников при интубации больных и др. Вколоченные старые инородные тела следует удалять хирургическим путем во избежание кровотечения.

После удаления свежих и старых инородных тел обязательны санационные фибро-бронхоскопии. При необходимости возможны ригидные поднаркозные бронхоскопии. При образовании грану-

ляций возможно скусывание грануляций и обработка их раствором азотнокислого серебра.

В дальнейшем по показаниям проведение рентгеновских исследований для исключения бронхоэктазов и ателектазов легкого.

Для удаления инородных тел трахеобронхиального дерева используются бронхоскопические щипцы и фиброгастроскопические петли.

Удаление из трахеи проводится только под наркозом с инсуффляцией кислорода для исключения асфиксии.

Таким образом, бронхоскопия — это основной метод удаления инородных тел трахеобронхиального дерева и лечения данных больных после удаления этих тел. Выздоровление пациента полностью зависит от опыта и выбора правильной тактики врачом эндоскопистом.



Волкова Е. О.



Лапшин К. Е.

Клинический случай первичного амилоидоза гортани. Эндоскопические возможности диагностики и лечения

Шустова З. С., врач-эндоскопист, Олевская Е. Р., зав. эндоскопическим отделением,

Белоусов С. Ю., врач патоморфологической диагностики

ГБУЗ ЧОКБ

г. Челябинск

Амилоидоз (от греческого: amylo(n) (крахмал) + eidos (вид) + osis) — группа заболеваний с большим разнообразием клинических проявлений, вызванных системной или локальной прогрессирующей дезорганизацией соединительной ткани как следствие синтеза и необратимого экстрацеллюлярного отложения аномального белка. Белковые массы могут откладываться в любых органах и тканях, что приводит к разнообразным клиническим проявлениям, с которыми может столкнуться врач любой специальности. Самый ценный и объективный метод диагностики амилоидоза — это гистологическое исследование биоптата тканей. Участки амилоида, окрашенные конго красным, при поляризационной микроскопии имеют характерное зеленое свечение и двойное лучепреломление.

Амилоидоз дыхательных путей (АДП) впервые упомянут в работах Lesser в 1877 г. Впервые в России в 1910 г. наблюдение и анализ случаев АДП описал Л. И. Свержевский. АДП является либо самостоятельным заболеванием, либо проявлением общего амилоидоза. Респираторный тракт поражается у 50 % больных первичным генерализованным амилоидозом. Амилоид может откладываться в околоносовых пазухах, в глотке, гортани, трахее, бронхах, межальвеолярных перегородках, в сосудах дыхательных путей. По данным Gillmore, в большинстве случаев при биохимическом исследовании выявляют AL-тип амило-

идоза. Первичный АДП составляет 0,5–1 % от числа всех доброкачественных новообразований дыхательных путей и встречается преимущественно у людей среднего возраста.

АДП чаще возникает на фоне длительно текущего воспалительного процесса в дыхательных путях или травмы. Указанные причины способствуют повышению проницаемости стенок сосудов и пропотеванию через них плазмы, организации и перестройке фибрина. Кроме этого считается, что в результате нарушения нейрогуморальной регуляции обмена веществ, происходит выработка белков с аутогенными свойствами. Описаны случаи изолированного поражения дыхательных путей при общих инфекционных заболеваниях.

Внешний вид зависит от степени отложения амилоида: может быть в виде ограниченного узла, симулирующего опухоль, или диффузного отложения амилоида (в области черпалонадгортанных складок, подскладочного пространства, реже — в области вестибулярных складок, трахеи, бронхов). В области отложения амилоида слизистая оболочка бледно-желтого цвета, иногда стекловидная, деревянистой консистенции.

АДП наиболее часто проявляется прогрессирующей осиплостью голоса, затруднением дыхания, ощущением кома в горле, кашлем. Симптомы заболевания проявляются в зависимости от места локализации амилоида и распространенности процесса. Каждый пациент дол-

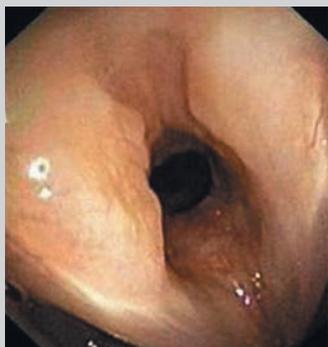


Рис. 1. Эндосфото гортани



Рис. 2. Эндосфото трахеи



Рис. 3

жен быть тщательно обследован для выявления других проявлений амилоидоза, который может быть системным. Клинический эффект от применения химиотерапии и гормонотерапии достигается лишь у 20–30% пациентов с системным амилоидозом.

В основном лечение АДП хирургическое с использованием хирургического лазера. Данная методика минимально инвазивная, что помогает сохранить функцию гортани. Крайне важно учитывать, что объем вмешательства не может быть более четверти окружности подскладочного пространства и повторное удаление можно проводить только после полного заживления.

В качестве клинического примера такого редкого заболевания представляем следующий случай: пациентка П., 44 лет, обратилась с жалобами на осиплость голоса, затруднение дыхания при физической нагрузке. Указанные изменения самочувствия отмечала на протяжении 4 лет. В течение последних 2 месяцев одышка и дисфония нарастали. Больная наблюдалась у врача-оториноларинголога по месту жительства, получала общую и местную противовоспалительную и антибиотикотерапию в условиях стационара. В связи с неясностью клинической картины и лишь незначительным положительным эффектом от проводимой консервативной терапии была направлена в поликлинику ГБУЗ ЧОКБ. В анамнезе отсутствовало указание на предшествующие травмы, операции, пациентка отрицала и сопутствующие заболевания. Аллергоанамнез: реакция на новокаин и сульфадимезин в форме крапивницы. В условиях диагностического центра была выполнена эндоскопическая видеоларинготрахеобронхоскопия: Слизистая вестибулярного отдела гортани обычной окраски, ровная, эластичная. Истинные голосовые складки белесоватые, незначительно отечны, симметричные, подвижные, умеренно утолщены ближе к задней комиссуре по трахеальной поверхности. Рисунок 1. Просвет голосовой щели не изменен. Подскладочный отдел и верхняя трети трахеи (на протяжении первых 4 полуколец) сужены наполовину за счет утолщения и инфильтрации тканей по всем стенкам — поверхность неровная диффузно, очагово выступает в просвет до 2 мм, белесоватой окраски

с желтым оттенком и с усиленным сосудистым рисунком, рисунок полуколец не прослеживается. Рисунок 2. Инфильтрация распространяется на заднюю треть обеих голосовых складок (больше справа). При фонации ткань на правой складке препятствует полному смыканию. При заборе материала незначительная контактная кровоточивость и выраженная фрагментация. Сформулировано эндоскопическое заключение: Стенозирующий процесс на уровне подскладочного отдела гортани с вовлечением среднего отдела гортани, верхней трети трахеи (специфическое воспаление? неопластический рост?). Описание гистологического исследования биопсийного материала от 01.12.2015: Фрагменты слизистой оболочки гортани. Эпителиальный покров сохранен. Структура слизистой оболочки не определяется вследствие массивных отложений гомогенных и слабо слоистых бледно-эозинофильных масс. Указанные массы проявляют слабую конгофилию, в поляризованном свете дают зеленоватое свечение. Рисунок 3. Гистологическое заключение № 70421–70424: Выявленные изменения соответствуют локальному опухолевидному амилоидозу гортани.

В настоящий момент пациентке проводится общее клиническое обследование (общий анализ крови и мочи, рентгенография гортани, легких, ЭХО-кардиография, УЗИ брюшной полости и почек), а также иммунохимическое исследование (электрофорез белков сыворотки и мочи и количественное исследование белков сыворотки крови для исключения моноклональной секреции). Пациентка консультирована кардиологом, нефрологом. При отсутствии данных за системный амилоидоз, планируется проведение в условиях стационара курса эндоскопического лечения с использованием хирургического лазера.

Приведенное наблюдение демонстрирует определенную вероятность выявления среди редко встречающихся заболеваний различных органов и систем амилоидоза дыхательных путей и гортани в частности, что требует правильного алгоритма обследования и лечения. В настоящее время для локальной формы АДП эндоскопические методы диагностики и лечения являются приоритетными, малоинвазивными и весьма эффективными.

Литература

1. Мустафаев Д. М. и др. Эндоларингеальная холодно-плазменная хирургия при первичном локальном амилоидозе гортани с распространением на верхнюю треть трахеи // Российская оториноларингология. 2010. № 2 (45). С. 70–77.
2. Мустафаев Д. М., Самбулов В. И., Волкова П. В. Первичный локальный амилоидоз гортани // Вестник оториноларингологии. 2010. № 6. С. 74–75.
3. Siddachari R. C. et al. Laryngeal amyloidosis // J. Otolaryngol. 2005. Vol. 1 (34). P. 60–63.
4. В. В. Соколов Л. В. Телегина Г. А. Франк Т. А. Белоус А. Б. Гришаева А. А. Гладышев. Видеоэндоларингеальная хирургия при первичном локальном амилоидозе гортани с распространением на верхнюю треть трахеи: клинические наблюдения // Вестник оториноларингологии. 2008. № 1.
5. Свистушкин В. М., Мустафаев Д. М. Амилоидоз респираторного тракта // «РМЖ». 2014. № 26.



Городская Мариинская больница

Главный врач

Доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ
Олег Владиславович Емельянов

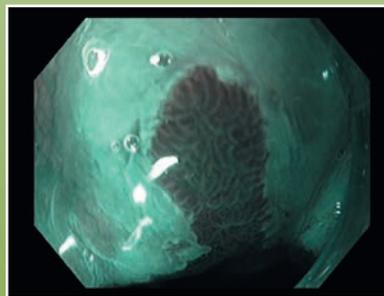
Лечебно-диагностические возможности Эндоскопического отделения

В 1980 открыт кабинет эндоскопии на базе 1—2 хирургических отделений при участии ассистента кафедры хирургии Педиатрической Медицинской академии Королева М. П. (в настоящее время – профессор, д. м. н.). В 1988 году – организовано эндоскопическое отделение. С 1989 года впервые в городе организована экстренная круглосуточная эндоскопическая служба.

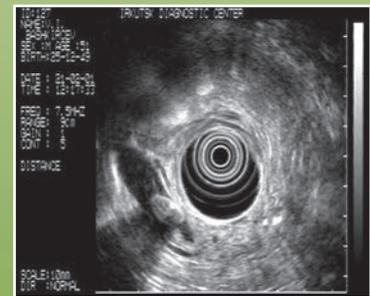
- Обследование верхних отделов ЖКТ (ФЭГДС), дыхательных путей
- (Фибробронхоскопия), толстого кишечника (Фиброколоноскопия)
- Взятие материала на гистологическое исследование (биопсия)
- Проведение экспресс-теста на НР (*Helicobacter Pylori*)
- Извлечение инородных тел из пищевода, желудка, 12 п. к., дистального отдела толстой кишки, трахеи и бронхов
- Эндоскопическая остановка кровотечений, в том числе – клипирование кровоточащих сосудов, высокочастотная электрокоагуляция, аргоно-плазменная коагуляция, лигирование и склерозирование варикозно-расширенных вен
- Диагностика и резекция слизистой при раннем раке
- Инстилляционная и инъекционная лекарственная терапия через эндоскоп
- Эндоскопическая папиллосфинктеротомия
- Ретроградная холангиопанкреатография
- Дилатация стриктур пищевода, анастомозов
- Кардиодилатация
- Бужирование под контролем эндоскопа
- Проведение зондов для парэнтерального питания
- Удаление п/операционных лигатур
- Эндоскопическая ультрасонография (эндоУЗИ)
- Хромоскопия
- Стентирование стенозирующих заболеваний пищевода, толстой кишки, билиарных путей
- Диагностическая и лечебная бронхоскопия
- Полипэктомия из пищевода, желудка и толстой кишки
- Удаление лейомиом



Этап резекции слизистой при раннем раке



Эндоскопия в узкой полосе света (NBI)



Ультразвуковая эндоскопия (EUS)

Современная техника позволяет в полном объеме производить эндоскопические операции и манипуляции, включая диагностику и эндоскопическое лечение раннего рака.

Исследования и манипуляции проводятся высококвалифицированными специалистами, в том числе прошедшими обучение в Японии, профессорами, доцентами кафедры, эндоскопистами высшей квалификационной категории.

Россия, Санкт-Петербург, Литейный пр., д. 56
Телефон: +7 (812) 275-74-46
e-mail: admin@mariin.ru
<http://www.mariin.ru>

РОССИЙСКОЕ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО



актуальные вопросы
Эндоскопии
Санкт-Петербург

ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ

ПАНКРЕАТИТ

VII ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«Актуальные вопросы эндоскопии 2016»

НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ ЭНДОСКОПИИ



Панкреатические стенты Advanix

Интервенционная эндоскопия

Boston Scientific Endoscopy совершенствует эндоскопические технологии на протяжении многих лет и занимает лидирующие позиции в России.

Мы сохраняем верность инновационному пути развития: создаем и совершенствуем эффективные малоинвазивные технологии в сотрудничестве с ведущими клиническими экспертами.

Наша цель – предложить достойный ассортимент и полную сервисную поддержку – во благо жизни и здоровья людей.

Endomedics

ООО «Кардиомедикс»
101000, г. Москва, Покровский бул., 4/17, офис 39
Тел.: +7 (495) 935-84-71
Факс: +7 (495) 935-84-72
info@endomedics.ru
www.endomedics.ru



ООО "Медицина"
199004, СПб, В.О., Средний пр., д. 4, лит. А, пом. 6Н
Тел.: +7 (812) 600-70-45

К проблеме нестандартных ситуаций в эндоскопической внутрипросветной хирургии панкреатобилиарной системы

¹Балалыкин А.С., ²Курдо С.А., ⁴Бирюков А.Ю., ²Гвоздик В.В., ³Муцуров Х.С., ¹Вербовский А.Н., ⁴Овсянников В.Н.

¹Филиал 3 ЦВКГ им. А. А. Вишневого, г. Москва

²ЦРБ, г. Реутов

³Хирургическая клиника университета, г. Грозный

⁴ЦРБ, г. Химки

Актуальность

Эндоскопические вмешательства (ЭРПХГ ЭПГ, экстракция и разрушение камней, назобилиарное дренирование, стентирование) прочно заняли ведущие позиции в лечении доброкачественных (холедохолитиаз, стриктуры, новообразования) заболеваний и их осложнений (желтуха, холангит). Однако, при целом ряде клинических ситуаций, которые можно назвать нестандартными, неудачи применения ЭВПХ, достигают 20–30%, а осложнения и летальность — 10–15%, которые дискредитируют это направление как альтернативу традиционной хирургии.

Материал и методы

Работа основана на опыте применения ЭВПХ с 1978 года, а непосредственному анализу подвергнуты 315 чреспапиллярных операций (ЧПО), включающих все современные их виды.

К нестандартным ситуациям в ЭВПХ мы относим дивертикулы 12-перстной кишки (23%), аденоматоз устья БДС (18%), множественные складированные и крупные камни (29%), желчеистечения (7%), дренажи гепатикохоледоха (9%), стриктуры желчных протоков (3%), резекция желудка по Б-2 (7%), в том числе и их сочетания.

Одни из них создают проблемы доступа (канюляции) в желчные протоки (дивертикулы, аденоматоз); другие — проведения по протокам инструментов и выполнение соответствующих вмешательств (камни, стриктуры)

Результаты

Успех применения ЭВПХ в нестандартных ситуациях определяют опыт врача, слаженность работы операционной бригады, наличие качественного рентгеновского оборудования и современного

эндоскопического инструментария и его прогнозирования на основании создания индивидуального алгоритма выполнения ЧПО.

Неудачи ЭРПХ составили 5,9%, а ЭПТ-3,8% несмотря на применение всех видов инструментов. Таким образом, у 10% методом лечения остается традиционный хирургический. Кроме того, у ряда больных ЧПО были паллиативными при крупном камне, синдроме Мирриззи и стриктурах, ибо хирургическое лечение им не проводилось, а естественный ток желчи обеспечен установкой стентов.

Операции МЭК и МЛТ выполнены у 239 больных (90,5%), у 21 (8,8%) они были неудачными.

Операция НБД производилась либо для лечения холангита, либо, как и стентирование пластиковыми стентами, для восстановления естественного тока желчи.

Попытки стентирования предприняты у 64 (24,2%) больных и были успешными у 51 (78%). Неудачи отмечены при крупных камнях и стриктурах после повреждений и клипирований во время операций.

Таким образом, при холангиолитиазе ЧПО были успешны у 91,2% пациентов.

Осложнения имели место при проведении ЧПО у 18 (5,7%) пациентов, умерли — 4 (1,3%), несмотря на их коррекцию традиционными хирургическими операциями.

Резюме

Нестандартные ситуации являются проблемой современной эндоскопической внутрипросветной хирургии заболеваний панкреатобилиарной системы. Однако, при наличии современного оборудования и инструментов опытные врачи могут добиться хороших результатов у большинства пациентов.



Балалыкин А.С.



Курдо С.А.



Вербовский А.Н.

Острый панкреатит как проблема современной эндоскопической хирургии

¹Балалыкин А.С., ²Курдо С.А., ⁴Бирюков А.Ю., ²Гвоздик В.В., ³Муцуров Х.С., ¹Вербовский А.Н., ⁴Овсянников В.Н.

¹Филиал 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого, г. Москва

²ЦРБ, г. Реутов

³Хирургическая клиника университета, г. Грозный

⁴ЦРБ, г. Химки

Актуальность

Острый панкреатит!? Вряд ли найдется другое острое хирургическое заболевание, в подходе к которому можно отметить противоречивые взгляды. Более того, эндоскопия, с одной стороны, обеспечила значительный прогресс в диагностике и лечении этого заболевания, а, с другой, сама провоцирует его возникновение, причем в тяжелой форме и с высокой летальностью.

Тема панкреатита неоднократно была ведущей в программе съездов и конференций хирургов, актуальна в настоящем и будущем.

Цель — проследить развитие эндоскопии как метода диагностики и лечения острого панкреатита и ее значение как первопричины этого тяжелого заболевания.

Результаты

В историческом процессе взаимоотношения эндоскопия — панкреатит мы выделяем две вехи: первая — эндоскопия как метод диагностики и опосредованного воздействия на поджелудочную железу, метод патогенетического воздействия на течение острого панкреатита; вторая — эндоскопическая хирургия острого панкреатита как метода непосредственного воздействия на поджелудочную железу (ПЖ).

В первую историческую эпоху мы считаем необходимым выделить три периода: первый (с 1968 г.) — это внедрение лапароскопии как метода диагностики и лечения острого панкреатита, включающий три этапа — 1-й — внедрение неотложной лапароскопии как метода диагностики острого панкреатита; 2-й — внедрение дренирующих брюшную полость вмешательств; 3- разработка операции лапароскопической холецистэктомии.

2-й период (с 1978 г.) — внедрение в клиническую практику чреспапиллярных операций (ЭПТ), дренирование и стентирование главного панкреатического протока).

3-й период (с 1978 г.) — комплексное применение эндоскопических методов лечения острого панкреатита.

Мы считаем, что в 70–80 годы российские клиники Березова Ю.Е., Маята В.С., Нестеренко Ю.А., Панцырева Ю.М., Прудкова И.Д., Савельева В.С., Юхтина В.И. и др. занимали передовые позиции в мире в решении проблемы острого панкреатита. «Закрывать» метод лечения панкреонекроза — достижение хирургической науки XX века (В.С. Савельев).

Вторая эпоха проблемы эндоскопии — панкреатит наступила в 90-е годы с созданием нового эндоскопического оборудования и инструментария и реализованной возможностью расширить эндоскопические вмешательства до непосредственного воздействия на ПЖ (прицельное исследование зон поражения, абдоминализация, некрсеквестрэктомия и др.).

Они приблизили хирургов к решению проблемы выбора рациональной и индивидуализированной тактики лечения, исключение пассивного ожидания изменений ткани ПЖ для принятия решений и ранними операциями предотвращать развитие тяжелых изменений ПЖ (Э.А. Галлямов, О.Э. Луцевич). Современному поколению хирургов открылись перспективы улучшения результатов лечения панкреонекроза.

О проблеме острого панкреатита как негативной стороне внутрисветной чреспапиллярной эндоскопической хирургии. С 1978 г. нами накоплен опыт более 2000 вмешательств, анализу подвергнуто 359 чреспапиллярных операций, из них 253 — ЭПТ, в т.ч. экстракция и дробление камней, стентирование и т.д., накопленный в 2000–2008 гг. Фактор низкой квалификации врачей исключался. Операторы — опытные специалисты.

При проведении только 56 ЭРПХГ осложнений не было.

В группе 253 ЧПО амилаземия имела место у 18 (7.1%), острый панкреатит — у 12 (5.7%), панкреонекроз у 3 (1.2%) пациентов, лечение которых было хирургическим ввиду неэффективности медикаментозной терапии. Летальных исходов не было, несмотря на возникновение паренхимогамм.

Не можем не отметить, что в период 1978–1999 гг. трое больных погибли от панкреонекроза, «статистику привести не можем». Осложнения в виде типичных болей появились уже на операционном столе, через 4–6 часов больные оперированы в связи с резким ухудшением состояния и развитием панкреатогенного перитонита, а в течение суток больные умерли.

При тщательном изучении на вскрытиях не обнаружено повреждений устьев главного панкреатического протока при тотальном панкреонекрозе и панкреатогенном перитоните, плеврите и перикардите.

Резюме

Комплексное применение эндоскопических методик — одно из направлений улучшения результатов лечения острого панкреатита. Перспективным методом

лечения панкреонекроза являются непосредственные лапароскопические воздействия на поджелудочную железу, которые в настоящее время являются прерогативой хирургов — энтузиастов.

Из множества известных предложений о причинах возникновения острого панкреатита (паренхимо-

графия, воздействие электрического тока, билиопанкреатический рефлюкс и т.д.) нельзя выделить одну, но мы склоняемся к тепловому воздействию электрического тока при слиянии протоковых систем в дистальной части папиллярного сегмента общего желчного протока.

Литература

1. В. С. Савельев, В. М. Буянов, И. Д. Прудков, А. С. Балалыкин. Эндоскопическая хирургия. Минск, 1975, с. 45–48.
2. В. С. Савельев, В. М. Буянов, А. С. Балалыкин. Эндоскопия органов брюшной полости. М., Медицина, 1977, с. 246.

Внутрипросветная ретроградная эндоскопия — ведущее клиническое направление в диагностике и лечении повреждений желчных протоков при операции лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ)

¹Балалыкин А.С., ²Курдо С.А., ⁴Бирюков А.Ю., ²Гвоздик В.В., ³Муцуров Х.С., ¹Вербовский А.Н., ⁴Овсянников В.Н.

¹Филиал 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого, г. Москва

²ЦРБ, г. Реутов

³Хирургическая клиника университета, г. Грозный

⁴ЦРБ, г. Химки

Актуальность

Проблема осложнений операции ЛХЭ, открывшей эру нового направления в хирургии и ставшей золотым стандартом лапароскопической хирургии, которую до сих пор, к сожалению, не приветствуют многие хирурги и она не внедрилась широко в разные области, всегда была актуальна и широко обсуждалась.

В большинстве статистик указывается, что частота (0.3–3.0%) повреждений желчных протоков как основного и грозного осложнения операции ЛХЭ превышает таковую (0.1–0.8%) при традиционной операции (Э.И. Гальперин, 2003). Высказывается мнение (Н.Н. Артемьева, 1996), что ни длительность и характер операции, ни размеры протока, ни опыт хирурга не имеют значения в возникновении этого тяжелейшего осложнения. Иначе говоря, ЛХЭ — операция и ей присущи опасности, которые надо избегать, и осложнения, которые надо устранять. Необходима разработка серьезных рекомендаций по выбору способов и средств профилактики осложнений, в том числе место внутрипросветной эндоскопии.

Материалы и методы

С 1991 года нами накоплен материал более 5000 эндоскопических операций, среди которых более 3000 операций ЛХЭ. Конверсия при операции ЛХЭ в разные периоды составила 0.8–1.9%, осложнения 3.7–5.2%, послеоперационная летальность — 0.3–0.5%. Повреждения желчных протоков имели место у 0.4–0.6%, в том числе касательные — до 0.3%, ожоги — до 0.1%, пересечение — до 0.2%. Этот опыт позволяет нам выразить ряд соображений относительно недостатков операции ЛХЭ.

В 1993 г. мы все негативные стороны операции ЛХЭ предложили классифицировать на неудачи, ошибки и осложнения. В свете тщательности учета и выбора рациональной тактики лечения нами была разработана и применялась на практике следующая классификация осложнений, в т.ч. повреждений ВЖП — бича лапароскопической хирургии.

1. Опасность для жизни пациентов — опасные, неопасные.
2. Время проявления — ранние, поздние.

3. Характер клинического течения: — желчеистечение внутреннее и наружное, перитонит и без перитонита, — желтуха и без нее

4. Тип повреждений

- глубокая коагуляция ложа желчного пузыря (ветви правого пузырного протока)
- негерметичность шва (клиппа)
- касательное (ранение, электротравма)
- неполное нарушение проходимости ОЖП (частичное клипирование, перевязка)
- полное нарушение проходимости ОЖП без пересечения сегмента (клипирование, перевязка)
- полное пересечение ОЖП с иссечением сегмента

5. Локализация

- ложе желчного пузыря
- правый печеночный проток
- общий печеночный проток
- общий желчный проток
- двенадцатиперстная кишка

6. Время диагностики

- интраоперационные
- послеоперационные

7. Вид лечения

- внутрипросветные ретроградные вмешательства
- лапароскопические вмешательства
- открытая хирургия

С первой операции в 1991 году мы поняли и утвердились в мысли, что залогом безопасности операции ЛХЭ является соблюдение многих принципов: хорошая визуализация элементов операционного поля, тщательность выполнения технических приемов, применение нестандартных способов оперирования в анатомически сложных ситуациях (открытая и неполная холецистэктомия с мукоклазией), использование дополнительных методов исследования, и, особенно, гибкой эндоскопии, эндоУЗИ и т.д.

Мы, как и В. Д. Федоров С. С. (2003), считаем что условиями возникновения травм ОЖП являются изменения анатомии и топографии органов в результате острых и, особенно, хронических воспалительных изменений органов и тканей и аномалии развития. Добавим к этому несобранность оператора и плохое взаимодействие операционной бригады. В этом — основа интраоперационной профилактики осложнений.

При интраоперационной диагностике повреждений ОЖП тактика и характер их коррекции определяются особенностями повреждений, возможностями хирурга и наличия оборудования и умением им пользоваться.

Тактика диагностики и лечения желчных травм ВЖП в послеоперационном периоде определяется клиникой и нам представляется следующей.

При наружном желчеистечении по дренажу без перитонита и желтухи показаны УЗИ и ЭРХГ. Первое дает диагностическую информацию неинвазивным методом, второе, как инвазивный метод, кроме этого, открывает перспективы лечения. В зависимости от места и характера ПЖП комплекс лечения как окончательного метода включает обязательную ЭПТ (ликвидация запирающего механизма на уровне папиллярного сегмента общего желчного протока, лучше в сочетании со стентиро-

ванием и (или) назобилиарным дренированием (полное устранение запирающего механизма БДС и, главное, двенадцатиперстной кишки) для обеспечения естественного тока желчи. Эта методика оказывается эффективной при всех проблемах пузырного протока и повреждениях ОЖП и правого ОПП (11 наблюдений), касательных и неполных окклюзиях (5 наблюдений).

При пересечениях и полных окклюзиях желчных протоков ретроградные вмешательства являются диагностическими, неоднократные попытки дилатации клипированных протоков были безуспешны (4 пациента).

Резюме. Операция ЛХЭ, в 90-е годы внедренная энтузиастами и временно поддержанная дилетантами от разных профессий, открыла новые горизонты хирургии — инструментальной, лапароскопической хирургии, мало использованной в настоящее время в других областях. Как и традиционная, лапароскопическая хирургия небезопасна, а осложнения специфичны и остро воспринимаются и медиками (особенно самими хирургами), и организаторами здравоохранения, и родственниками. Ранние операции при коротком анамнезе и мало измененной анатомии, с одной стороны, опыт бригады и владение техникой и техническими приемами, с другой, — залог снижения частоты осложнений.

Литература

1. В. Д. Федоров, В. А. Вишневицкий, В. А. Кубышкин. Хирургическое лечение осложнений после лапароскопической холецистэктомии. Труды Пленума правления Ассоциации эндоскопической хирургии, С-Пб, 2003. С. 117–122.
2. Ю. И. Галлингер с.с. Осложнения лапароскопической холецистэктомии. Тезисы 1-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. М. 1996. С. 34–35.
3. А. Ф. Попов с.с. Осложнения лапароскопической холецистэктомии. Тезисы 1-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. М. 1996. С. 91–93.

Роль видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС) в диагностике и лечении аррозивно-геморрагического синдрома, перфорации стенки желудка и двенадцатиперстной кишки при остром некротизирующем панкреатите

Вижинис Е. И., Маскалик Ж. Г., Ивашко М. Г.

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии и колопроктологии

Минская областная клиническая больница

г. Минск

Введение

Одними из наиболее прогностически неблагоприятных осложнений острого некротизирующего панкреатита (ОНП) являются аррозивно-геморрагический синдром, некроз и перфорация стенки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) с формированием внутренних и наружных свищей. Перфорации возникают на стадии формирования гнойной полости (псевдокисты) в зоне некроза поджелудочной железы за счет вовлечения в воспалительно — деструктивный процесс стенок прилегающих органов. Клинически данное осложнение проявляется прежде всего желудочно-кишечным или наружным кровотечением различной степени тяжести.

Материалы и методы

В клинике наблюдали 28 пациентов в возрасте от 25 до 52 лет с ОНП, осложнившимся некрозом и аррозией стенки полого органа. Алгоритм обследования включал общеклинические лабораторные тесты, видеоэзофагогастродуоденоскопию, рентгеноскопию, УЗИ, КТ, МРТ, ангиографию по показаниям. ВЭГДС выполнили всем пациентам. Использовали аппаратуру фирм «Pentax», «Olympus». Эндоскопический гемостаз производили применением инъекционных методик (этанол, этоксисклерол), электрокоагуляции, лазерной вапоризации, клипирования (одноразовые клипсы «Olympus»).

Результаты и обсуждение

На основании анализа результатов ВЭГДС мы выделили 4 формы эндоскопических проявлений ОНП в стенке желудка и ДПК. Первая форма. Умеренные изменения стенки. Наблюдается отек, гиперемия, очаговая инфильтрация, внутрислизистые геморрагии. Гистологическое заключение — морфологическая картина умеренно выраженного воспаления. Вторая форма. Выраженные изменения. Слизистая синюшного цвета с наложениями фибрина. Визуализируются участки лимфоангиоэктазий (симптом «манной крупы»). В пилорическом отделе желудка и ДПК изменения приобретают

характер циркулярного поражения со стенозированием. Третья форма. Деструктивные изменения. Эндоскопическая картина некроза и перфорации стенки с кровотечением различной степени интенсивности. В просвете желудка и кишечной трубки темное содержимое со сгустками крови. На задней стенке желудка и ДПК выявляли дефекты с краями грязно — зеленого цвета, прикрытые сгустками крови. В ряде случаев удается через дефект сиенки визуализировать некротическую полость в сальниковой сумке, выполненную сгустками крови и детритом. Четвертая форма. Формирующиеся или сформированные панкреатоцистогастро-, панкреатоцистодуоденальные свищи.

С наиболее тяжелой третьей формой поражения стенок желудка и кишки наблюдали 16 пациентов. Тяжесть их состояния зависела от интенсивности кровотечения и кратности его эпизодов. Источник кровотечения в 5 (31,2%) наблюдениях визуализировали в краях дефекта стенки кишки, в 6 (37,5%) — в полости псевдокисты. У 5 пациентов источник кровотечения достоверно установить не удалось. Кровотечение из краев дефекта прекращалось самостоятельно или требовался эндоскопический гемостаз с применением вышеописанных методик. Одновременно проводили интенсивную гемостатическую и заместительную терапию, включающую гемотрансфузию, переливание свежезамороженной плазмы и криопреципитата.

Оперировали 20 пациентов.

Показаниями к оперативному лечению были: невозможность выполнения достоверного эндоскопического гемостаза, рецидив кровотечения, перитонит. У 6 пациентов с деструкцией стенки желудка раскрывали сальниковую сумку, опорожняли некротическую полость, находили кровоточащий сосуд и лигировали его. Дефект стенки желудка ушивали. Операцию завершали наружным дренированием псевдокисты. Операции при некрозах и перфорациях задней стенки ДПК были на порядок сложнее. Выполняли широкую мобилизацию кишки, дуоденотомию, ревизию дефекта стенки и некротической полости, поиск источника и остановку кровотечения. В двух наблюдениях,

у крайне тяжелых пациентов, после остановки кровотечения выполнили тампонаду некротической полости через внутренний дефект с фиксацией к желудочному зонду. Тампоны извлекли после стабилизации состояния. 7 пациентам произвели панкреатодуоденальную резекцию (ПДР). Рентгеноэндovasкулярные методы применили у 5 пациентов. Выполняли ангиографию и эмболизацию артерий системы чревного ствола спиралями. Кровотечение остановили во всех наблюдениях. Экстренные операции не потребовались. В послеоперационном периоде осуществляли динамический ВЭГДС контроль эффективности гемостаза.

Выводы

1. ВЭГДС при ОНП является обязательным методом для диагностики и определения тактики.
2. Применение методов эндоскопического гемостаза при некрозе и аррозии стенки полого органа не всегда эффективно.
3. В таких случаях радикальной операцией является ПДР.
4. Ангиоэмболизация при аррозивных дуоденальных кровотечениях из бассейна чревного ствола является высокоэффективным способом гемостаза и позволяет избежать выполнения лапаротомий.

Первый опыт стентирования толстой кишки при обструкциях различной этиологии в КГБУЗ КККОД им А.И Крыжановского

Владыко А.К., зав. отделением малоинвазивной рентген-эндоскопической онкохирургии
Черемисин Д.А., врач-эндоскопист отделения малоинвазивной рентген-эндоскопической онкохирургии
КГБУЗ КККОД им А.И Крыжановского

Каспаров Э.В., д.м.н., проф., засл. врач РФ, врио директора НИИ ГУ НИИ медицинских проблем севера СО РАМН

Шульмин А.В., д.м.н., зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной работы
Маргания И.О., орд. кафедры общей хирургии им. проф. М.И Гильмана лечебного факультета
КГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ

г. Красноярск



Владыко А.К.

В Красноярском краевом онкологическом диспансере уже в течении 10 лет мы активно используем метод декомпрессии опухолевых обструкций различной локализации методом установки пластиковых и саморасправляющихся стентов. С конца 2014 года с появлением в клинике технических возможностей мы дополнили наш перечень установкой саморасправляющихся стентов толстой кишки.

Показанием к стентированию толстой кишки в настоящее время являются — длительная декомпрессия у пациентов со злокачественной обтурационной непроходимостью, с паллиативной целью, как альтернатива колостомии; предоперационная декомпрессия при опухолях толстой кишки с целью подготовки к проведению одноэтапной радикальной операции, окклюзия внутренних и наружных колоректальных свищей, восстановление пассажа кишечного содержимого и расширение зоны стеноза при доброкачественных стриктурах толстой кишки. Стентирование толстой кишки мы выполняли непокрытыми и в двух случаях покрытыми саморасправляющимися стентами (M.I. Tech, Biotech). Операцию проводили как под внутривенной, так и под местной анестезией на видеоэндоскопическом оборудовании Karl Storz. Предоперационную подготовку кишечника проводили в стационаре под наблюдением медперсонала. В случае декомпенсированной толстокишечной непроходимости проводили только очистительными клизмами.

При субкомпенсированном стенозе использовали препараты на основе макрогола (фортранс). Хорошая подготовка кишечника необходима ввиду технических и анатомических особенностей толстокишечного стентирования, а так же возможной дислокации стента

в ранний послеоперационном периоде ввиду активного опорожнения каловых масс. Саморасправляющийся стенты были установлены 24 пациентам с раком толстой кишки, суб- и декомпенсированной толстокишечной непроходимостью. И 2 пациентам с выраженным анастомозитом, развившимся в раннем послеоперационном периоде и осложнившимся субкомпенсированной толстокишечной непроходимостью.

Мужчин было 18 (75%), женщин 6 (25%). У 3 больных опухоль локализовалась в области печеночного изгиба ободочной кишки, у 5 в области селезеночного угла, у 6 в нисходящей части толстой кишки. У 6 в сигмовидной кишке, у 4 в ректосигмоидном отделе. У 2 больных с анастомозитом после операции резекции сигмовидной кишки. последний развился в течении первых трех суток и сопровождался клиникой субкомпенсированной толстокишечной непроходимостью. Отмечалось не значительное вздутие живота, отрицательные симптомы раздражения брюшины, газы не отходили, стула не было. Барии на рентгенограмме «обрывается» в зоне анастомоза.

Эндопротезирование как и все вышеперечисленные методики стентирования были выполнены под сочетанным эндоскопическим и рентгенологическим контролем. При опухолевых обструкциях устанавливали непокрытые саморасправляющиеся стенты. В случаях с анастомозитом покрытые саморасправляющиеся стенты. Клинические проявления кишечной непроходимости были купированы в течении 24 часов после вмешательства. Окончательное расправление стентов наблюдалось в течении 24–72 часов после вмешательства. Таких осложнений как

миграция стентов, перфорации и летальности у больных с бластоматозным поражением не было.

В 1 из указанных случаях с опухолевой обструкцией ректосигмовидного отдела толстишки стентирование проводилось по паллиативным показаниям, во всех остальных в качестве предоперационной декомпрессии, а на 2–4 сутки после стентирования больным проводилось оперативное лечение. Интраоперационных особенностей в месте установленного стента не было. Объемы оперативного лечения были стандартными в зависимости от локализации опухоли. При анастомозитах в обоих случаях устанавливались только покрытые саморасправляющиеся стенты, во избежание повреждающего воздействия на слизистую анастомоза. И в обоих случаях отмечали миграцию стента в проксимальном направлении при контрольной рентгенографии, которую проводили на 2–3 сутки после стентирования. Тем не менее, клиника толстокишечной непроходимости у данных пациентов была успешно купирована. А стенты были удалены эндоскопически в одном случае за время текущей госпитализации на 7–8 сутки после стентирования, во втором через 1 месяц в амбулаторных условиях.

Выводы

Развитие методики стентирования позволяет решить множество патологических состояний связанных с нарушением пассажа физиологических субстанций организма человека. Является клинически эффективным как окончательным, так и предоперационным методом декомпрессии.

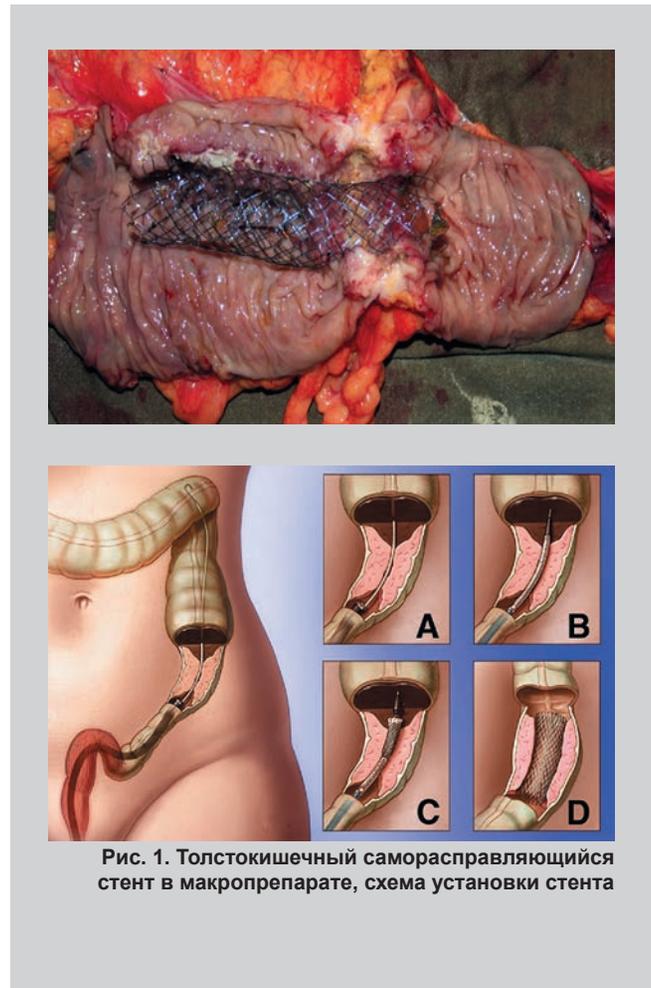


Рис. 1. Толстокишечный саморасправляющийся стент в макропрепарате, схема установки стента

Комбинированные способы малоинвазивного лечения холедохолитиаза

Габриэль С. А., зав. отделения эндоскопии, Дурлештер В. М., зам. глав. врача по хирургии,
Гучетль А. Я., рук. центра малоинвазивных технологий, Дынько В. Ю., врач отделения эндоскопии

ККБ № 2

г. Краснодар



Габриэль С. А.

Желчно-каменная болезнь продолжает оставаться одной из наиболее актуальных патологий абдоминальной хирургии. С развитием высоких технологичных малоинвазивное лечение ЖКБ, в том числе и осложненной, с использованием эндоскопических, ультразвуковых и лапароскопических методов широко внедрено в специализированных центрах. Однако, до сих пор нет единого стандарта лечения данной категории больных. Поэтому, целью нашего исследования, был анализ эффективности комбинированных малоинвазивных способов лечения холедохолитиаза в условиях нашей клиники. Мы проанализировали пациентов, проходивших обследование и лечение по поводу холедохолитиаза в условиях нашей клиники за 2008–2013 гг. Общее количество пациентов составило 832 пациента. Больных с холецистолитиазом было 543 пациента (65,3%), после холецистэктомии — 289 (34,7%), мужчин — 253 (30,4%), женщин — 579 (69,6%). По размерам конкрементов: основное количество пациентов были с камнями до 1,0 см.— 522 (62,7%), пациентов с конкрементами от 1,0–2,0 см.— 275 (33,2%), от 2,0 до 3,0 см.— 28 (3,4%), более 3,0 см.— 7 (0,8%). Большая часть больных были с одним конкрементом — 471 (56,6%), больные с единичным холедохолитиазом (до 3-х) — 213 (25,6%), больных с множественным холедохолитиазом (более 3-х) — 148 (17,8%). Мы проанализировали уровень билирубина крови в нашей группе больных. Почти 30% больных (246 (29,6%)) имели нормальные показатели билирубина, т.е. поступали без клинической картины механической желтухи. 338 пациентов (40,6%) имели показатели билирубина от 20 до 100 мкмоль/л. 182 пациента (21,9%) имели показатели билирубина крови от 100–200 мкмоль/л. Высокие показатели билирубина (более 200 мкмоль/л) были выявлены у 66 больных

(7,9%). Из других осложнений холедохолитиаза имели место: механическая желтуха — 586 больных (70,4%), острый билиарный панкреатит — 53 (6,4%), гнойный холангит — 106 (12,7%), холестатический гепатит — 462 (55,5%), панкреонекроз — 2 (0,2%), холангиогенные абсцессы печени — 5 (0,6%), абсцесс подпеченочного пространства — 5 (0,6%), холангиогенный сепсис — 6 больных (0,7%). При дуоденоскопии были выявлены следующие изменения со стороны двенадцатиперстной кишки (ДПК) и большого сосочка ДПК (БС ДПК): папиллит — 103 (12,4%), аденома БС ДПК — 76 (9,1%), парапапиллярные дивертикулы ДПК — 104 (12,5%), интрадивертикулярное расположение БС ДПК — 56 (6,7%), холедохо-дуоденальный свищ — 6, холецисто-дуоденальный свищ — 2, состояние после дистальной резекции желудка (ДРЖ) по Б-1–6, состояние после ДРЖ по Б-2–11, состояние после гастрэктомии — 1, атипичное расположение БС ДПК (после оперативного лечения, хронический осложненный или острый панкреатит и др.) — 6, рак БС ДПК — 2. У 165 пациентов нашей группы (19,8%) эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ) была выполнена в анамнезе. Эндоскопическая папиллотомия — один из основных этапов эндоскопического лечения холедохолитиаза. От правильно выполненной папиллотомии зависит успех выполнения последующих чреспапиллярных вмешательств, а так же развитие ранних и поздних осложнений. Общее количество папиллотомий в нашей группе было 772. Выделяют, как известно, два основных вида ЭПТ: канюляционная и неканюляционная. Мы проанализировали соотношение типичной и нетипичной ЭПТ. Нужно сказать, что мы не стремимся долго канюлировать БС ДПК и во чтобы то ни стало выполнить канюляционную ЭПТ. При попытке и неудаче канюляции сразу выполняем нетипичную ЭПТ торце-

Таблица 1. Этапность выполненных эндоскопических вмешательств

Этапность вмешательства	Абсолютное количество	В%
В 1 этап	573	68,9
В 2 этапа	157	18,9
В 3 и более этапов	102	12,2

вым папиллотомом. Поэтому, самостоятельных канюляционных папиллотомий у нас только 49,6% (383 случая). В остальных случаях (389–50,4%) ЭПТ начинали нетипичным способом: или это была только нетипичная ЭПТ (125 случаев–16,2%) или комбинированная ЭПТ (264–34,2%), когда разрез добавляли канюляционным способом.

Эндоскопическая механическая литоэкстракция — так же важный этап эндоскопического лечения холедохолитиаза. Мы выполняем механическую литоэкстракцию, в основном, корзинчатыми зондами типа Дормиа. В нашей группе ЭМПЭ выполнялась 991 раз. Эндоскопическая механическая литотрипсия позволяет малоинвазивно санировать желчные протоки при крупных конкрементах. Ее применяем и при средних размерах конкрементов, но при узкой дистальной (интрапанкреатической) части общего желчного протока. Плановую литотрипсию производим при помощи механического литотриптора фирмы «Olympus». В случае вклинения корзинчатого зонда с конкрементом в дистальных отделах общего желчного протока и невозможности освободиться от конкремента выполняем экстренную литотрипсию литотриптором «Cook-MEDICAL». Всего механическая литотрипсия, в нашей группе, выполнялась 99 раз. В случае невозможности одномоментной санации желчных протоков, при выраженном гнойном холангите, с целью профилактики вклинения конкремента или его фрагментов и нормализации показателей биохимии кро-

ви, а так же у тяжелых больных с выраженной желтухой и сопутствующей патологией (с целью минимизации вмешательства и восстановления желчеоттока) выполняем эндоскопическое стентирование общего желчного протока. На длительный срок используем установку пластиковых стентов, на короткий срок устанавливаем назобилиарный дренаж (НБД). После установки пластикового стента пациентов выписываем на 1–2 месяца для нормализации состояния. Через данное время повторно госпитализируем с целью продолжения эндоскопической литоэкстракции. Всего, в нашей группе, назо-билиарный дренаж устанавливали у 38 больных, установку пластикового стента производили у 28 больных с холедохолитиазом. В последнее время у нас есть возможность выполнения такого высокотехнологического вмешательства как контактная электрогидравлическая литотрипсия. Данный вид вмешательства выполняем в сложных клинических ситуациях, когда традиционными механическими способами литоэкстракции не удается санировать желчный проток. Всего таких операций выполнено 14.

Мы проанализировали этапность эндоскопических вмешательств в нашей группе больных. (табл. 1). Считаем это важным показателем эффективности выполненных вмешательств, от которого зависит продолжительность госпитализации и доза облучения, как врача, так и больного.

Из таблицы видно, что у большей части больных эндоскопические вмешательства были выполнены в один этап.

У 15 больных эндоскопически не удалось извлечь конкременты. Причины и количество данных случаев проанализированы в таблице 2.

Из таблицы видно, что наиболее частой причиной неудач малоинвазивного лечения холедохолитиаза были фиксированные конкременты и недоступность БС ДПК в результате пострезекционных состояний.

Таблица 2. Причины и количество неудач малоинвазивного лечения холедохолитиаза

Патология	Причина неудачи	Абс. количество	В%
Синдром Мириззи	Невозможность захватить конкремент	1	0,12
Крупный (–е) конкремент	Невозможность завести корзину за конкремент	1	0,12
Крупный парапапиллярный дивертикул	Невозможность канюляции	1	0,12
Интрадивертикулярное расположение БДС	Невозможность канюляции	1	0,12
Фиксированные конкременты	Невозможность завести корзину за конкремент	5	0,6
Недоступность БДС из-за перенесенных ранее операций (резекция желудка по Б2, гастрэктомия и др.	Невозможность доступа к БДС	4	0,48
Конкремент выше стриктуры с/з холедоха после ЯПХ	Невозможность проведения литоэкстракции	1	0,12
Сдавление интрапанкреатической части холедоха (хр. осложненный панкреатит) с множественными конкрементами в проксимальной части	Невозможность проведения корзины за зону сужения	1	0,12
ИТОГО		15	1,8

Таблица 3. Количество и виды осложнений

Вид осложнения	Абсолютное количество	В%
Кровотечение	10	1,2
Острый панкреатит	25	3
Перфорация	2	0,2
ИТОГО	37	4,4

Таблица 4. Эффективность малоинвазивных вмешательств у больных с холедохолитиазом

Эндоскопические чреспапиллярные вмешательства были:	Абсолютное количество	В%
Эффективны	817	98,2
Неэффективны (неудачны)	15	1,8
Осложнения	37	4,4
Летальность	3	0,4

Мы проанализировали количество и виды осложнений в данной группе больных (табл. № 3).

Из таблицы видно, что наиболее частым осложнением (25 больных — 3%) был РХПГ-индуцированный панкреатит, потребовавший проведения интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения. У 10 больных (1,2%) ранний послеоперационный период осложнился развившимся кровотечением из папиллотомной раны. Во всех случаях кровотечение остановлено

эндоскопически и не повлияло на сроки госпитализации. У 2-х больных (0,2%) имело место ретродуоденальная перфорация. У 204 больных (24,5%) в послеоперационном периоде отмечалась амилаземия (повышение уровня амилазы крови без клинической симптоматики). Данное состояние осложнением не считаем (9). Таким образом, эффективность выполненных нами малоинвазивных вмешательств у больных с осложненной желчно-каменной болезнью представлена в табл. 4.

Таким образом, у 817 больных (98,2%) удалось малоинвазивно извлечь конкременты. В 3 случаях (0,4%) был летальный исход. Однако, летальные случаи обусловлены общим тяжелым состоянием больных и не связаны с эндоскопическими вмешательствами.

Выводы

Эндоскопические чреспапиллярные методы являются методами выбора в диагностике и лечении больных с холедохолитиазом с высокой степенью эффективности. При наличии холецисто-холедохолитиаза основным, в нашей клинике, является двухэтапный метод лечения больных (эндоскопическая санация общего желчного протока с последующей лапароскопической холецистэктомией). При невозможности ретроградной санации холедоха высокую эффективность показали комбинированные (с антеградным доступом) методики. В тех клинических ситуациях, когда стандартные механические способы литоэкстракции не приносят успеха, высокую эффективность показал метод электрогидравлической литотрипсии. Показатель эффективности, а так же этапность вмешательства и доза облучения, как на врача, так и на больного, напрямую зависит от наличия современной аппаратуры и инструментария.

Эффективность гемостатических мероприятий при кровотечениях, возникших во время выполнения папиллосфинктеротомии

Денисова А. Б., Жегалов П. С., зав. отделением,
 Самойленко А. В., Мелкомуков В. А., Антипенко Н. Е.

КГБУЗ Краевая клиническая больница, эндоскопическое отделение

г. Красноярск

Актуальность

Выполнение ЭРХПГ (эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии) зачастую требует ПСТ (папиллосфинктеротомии), при этом выполнение ПСТ сопровождается определенным уровнем осложнений, который по различным данным литературы достигает 1,3% до 5,4%[1]. На ряду с развитием острого панкреатита с частотой 3,5% и панкреонекроза после проведения ЭРХПГ[2][2], перфорации стенки ДПК или стенки желчных протоков в 0,1% — 0,6%, ПСТ сопровождается также и развитием кровотечения из области папиллотомического разреза как еще одного жизнеугрожающего осложнения, частота развития которого находится в пределах 0,76%-2% до 10%-48%, что зависит от определения понятия кровотечения[3] [3 when, and how. AmJGastroenterol 2007]. Кровотечения могут возникать во время операции, а также в отдаленном периоде. Зачастую кровотечения, возникшие во время проведения ЭРХПГ, не достигают большой интенсивности и с ними удается справиться во время исследования, частота их встречаемости — 10%-30%[4]. На сегодняшний день доступен широкий спектр гемостатических мероприятий: традиционное обкалывание области кровотечения раствором адреналина 1:10000, использование дилатационного баллона для компрессии области кровотечения и ее тампонирования, аргон-плазменная коагуляция, клипирование, а также комбинация этих методов.

Инъекции раствора адреналина как самостоятельного метода могут достигать эффективности 97,5% и 100% [4, 5].

Материалы и методы

В Краевой больнице в Красноярском крае за период с 2013 по 2015 год было проведено 490 ЭРХПГ с проведе-

нием ПСТ и без. Выполнялась как стандартная папиллотомия при помощи стандартного лучкового папиллотомы, так и атипичная с использованием папиллотомов «Precut», «Isotom», игольчатым папиллотомом. Всего было сделано 322 ПСТ, из них 21 атипичные. Произведен анализ количества кровотечений, возникших во время ПСТ. Кровотечения можно разделить на те, которые удалось остановить во время исследования, и те, которые потребовали последующего хирургического вмешательства. С целью остановки кровотечения применялась инфильтрация раствором адреналина 1:100000 в объеме от 20 до 60мл как самостоятельный метод или в сочетании с аргон-плазменной коагуляцией (АПК) области кровотечения, также использовалась тампонада дилатационным баллоном сформированного холедохо-дуоденального соустья (ХДС), клипирование источника кровотечения, а также в ряде случаев кровотечение останавливалось самостоятельно. Следует отметить, что в нашей клинике осложнениями, в том числе кровотечениями, считаются те ситуации, когда с ним не удается справиться во время манипуляции.

Результаты

При проведении ПСТ кровотечение развилось в 56 случаях (17,4%), из них в 10 (17,86%) случаях кровотечение остановилось самостоятельно в течение нескольких минут. В трех (5,3%) из 56 случаев кровотечение возникло при проведении атипичной ПСТ. В 45 (80,4%) случаях потребовалась инфильтрация раствора адреналина с гемостатической целью, в 3 (5,3%) случаях инфильтрация сочеталась с проведением АПК, так как кровотечение было средней интенсивности. При этом в двух случаях (3,6%) справиться эндоскопически с возник-



Денисова А. Б.



Жегалов П. С.



Самойленко А. В.



Антипенко Н. Е.



Мелкомуков В. А.

шим кровотечением не удалось, так как был поврежден сосудистый пучок, проходящий по верхнему краю БДС. В этих случаях возникла необходимость в проведении экстренного хирургического вмешательства с целью остановки кровотечения. В трех случаях (5,3%) потребовалось использование дилатационного баллона как способа компрессии места кровотечения. Во всех трех случаях метод показал свою эффективность. Использование клипс при манипуляциях на БДС представляет собой определенную трудность в связи с особенностями дуоденоскопа и необходимости работы элеватором, который деформирует механизм клипатора, а ограниченное пространство в просвете ДПК усложняет позиционирование, открытие клипсы. Все это приводит к тому, что не каждую использованную клипсу удается установить в желаемое место, поэтому мы отказались от этого метода, учитывая наличие

альтернативных не менее эффективных методов гемостаза.

Выводы

Кровотечения во время ПСТ редко являются массивными при соблюдении всех необходимых условий и техники проведения манипуляции, а также при нормальных параметрах гемостаза у пациента. Инфильтрация ХДС раствором адреналина как самостоятельный метод гемостаза, в отличие от, например, язвенных кровотечений, где оптимальным является комбинация инфильтрационного гемостаза и других методов, демонстрирует свою эффективность. Хорошо себя демонстрирует применение дилатационного баллона с целью гемостаза. Клипирование источника кровотечения вызывает трудности и демонстрирует свою ограниченную эффективность из-за особенностей конструкции дуоденоскопа.

Литература

1. Committee ASoP, Anderson MA, Fisher L, Jain R et al. Complications of ERCP. *Gastrointest Endosc* 2012; 75:3:467–473.
2. Andriulli A, Loperfido S, Napolitano G, Niro G et al. Incidence rates of post-ERCP complications: a systematic survey of prospective studies. *Am J Gastroenterol* 2007; 102:8:1781–1788.
3. Ferreira LE, Baron TH. Post-sphincterotomy bleeding: who, what, when, and how. *Am J Gastroenterol* 2007; 102:12:2850–2858.
4. Tsou YK, Lin CH, Liu NJ, Tang JH et al. Treating delayed endoscopic sphincterotomy-induced bleeding: epinephrine injection with or without thermotherapy. *World J Gastroenterol* 2009; 15:38:4823–4828.
5. Wilcox CM, Canakis J, Monkemuller KE, Bondora AW et al. Patterns of bleeding after endoscopic sphincterotomy, the subsequent risk of bleeding, and the role of epinephrine injection. *Am J Gastroenterol* 2004; 99:2:244–248.

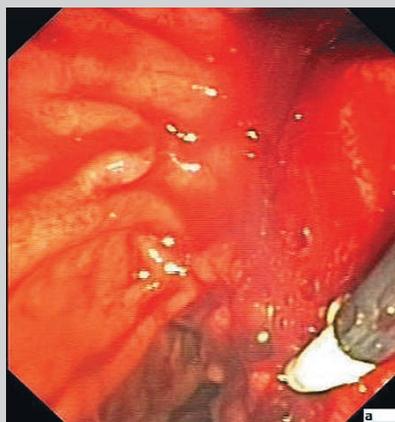


Рис. 1. Слева-направо: кровотечение, возникшее во время ПСТ, остановлено путем инфильтрации раствора адреналина; баллон, установленный в ХДС

Эндоскопические эндобилиарные вмешательства у больных с острым панкреатитом

**Дронов А.И., проф., зав. кафедрой общей хирургии
Насташенко И.Л., проф., Горлач А.И, доц., Цимбалюк Р.С., асс.**

НМУ имени А. А. Богомольца, кафедра общей хирургии № 1

г. Киев, Украина

Вступление

По патогенетическим механизмам развития выделяют острый панкреатит (ОП), развивающийся вследствие нарушения естественного оттока панкреатического сока с развитием внутрипротоковой гипертензии и первичное поражение ацинарных клеток — первично-ацинарная форма. Острая желчно-панкреатическая протоковая гипертензия и рефлюкс желчи в проток поджелудочной железы (ПЖ) клинически определяются как синдром «общего канала», который развивается при обструкции ампулярной части или устья Фатерова сосочка конкрементами. Среди причинных факторов развития первично-ацинарного ОП наиболее существенными являются алиментарные.

В первые часы заболевания клинико-лабораторные проявления обеих форм ОП практически одинаковы. При проведении дифференциальной диагностики и определения лечебной тактики необходимо проведение комплексного инструментального обследования, включающего ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства, эзофагогастродуоденоскопию, компьютерную томографию (КТ) с контрастным усилением, спиральную КТ, ядерно-магнитно-резонансную томографию (ЯМРТ), эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (ЭРПХГ), пункционную биопсию ПЖ. Но, с учетом того, что в 15–20% наблюдений развитие ОП приобретает деструктивный характер и до 70% случаев происходит инфицирование очагов некроза, а инфекционные осложнения составляют 80% причин смерти больных с деструктивным панкреатитом жизненно-важным является ускорение верификации формы панкреатита для своевременного выбора оптимальной лечебной тактики.

Материалы и методы исследования

Наличие в анамнезе алиментарных факторов, типичного острого начала забо-

левания, данных УЗИ и общеклинических анализов в 72,6–87,8% случаев уже при госпитализации пациентов позволяет определиться с первично-ацинарной формой ОП без выполнения не всегда доступных КТ, ЯМРТ и инвазивных рентгенэндоскопических методов исследования ПЖ.

УЗИ является скрининговым методом исследования: выявление конкрементов в желчном пузыре, наличие расширения внепеченочных желчных протоков (ЖП), увеличение размеров ПЖ, наряду с нарастанием уровня гипербилирубинемии и амилаземии было основанием для выполнения ЭРПХГ первые 4–6 часов с момента госпитализации или максимально быстро с момента заболевания.

В Киевском городском центре хирургии печени, поджелудочной железы и желчных протоков им. В.С. Земскова по экстренным показаниям ЭРПХГ выполняется в дежурном режиме круглосуточно. На протяжении 2011–2015 гг. рентгенэндоскопические исследования выполнены 542 пациентам с обоснованным подозрением на острый билиарный панкреатит. По результатам исследования диагнозом был подтвержден в 476(87,9%) случаях. Большую часть 424(89,1%) составили больные с калькулезным холециститом, осложненным (ХЛ), в остальных 52(10,9%) случаях причиной панкреатита был остаточный ХЛ у пациентов, перенесших ранее холецистэктомию. Исключено билиарное происхождение заболевания в 66(12,1%) наблюдениях, при этом в 36(54,8%) случаях выявлены характерные изменения слизистой нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки (ДПК), а в 14(21,0%) — деструктивные изменения протоковой системы ПЖ, в остальных 16(24,2%) — органической патологии не выявлено.

При наличии «вколоченных» конкрементов большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) в 366(67,6%) случаях применялись неканюляционные методики эндоскопической папиллосфинктеро-



Дронов А.И.



Насташенко И.Л.

томии (ЭПСТ): папиллотомия игольчатым ножом от устья сосочка — 89(24,2%), супрапапиллярная холедоходуоденостомия (СПХДС) — 277(75,8%). После разреза ампулы БСДК конкременты в большинстве случаев — 293(80,1%) с током желчи самостоятельно отходили в ДПК. В 19(5,2%) случаях потребовалось принудительное удаление конкрементов разработанным нами «Способом удаления вколоченных конкрементов БСДК» (патент Украины № 79745), согласно которому конкремент удаляется к. Dormia, проведенной в ампулу сосочка антеградно через сформированную СПХДС.

В 48(8,9%) наблюдениях конкременты из ЖП удалялись к. Dormia или балончиком Фогарти через устье холедоха, сформированное после ЭПСТ. При наличии крупных конкрементов, размеры которых превышали размеры дистальных отделов холедоха в (4,9%) случаях выполняли механическую литотрипсию с последующим эндоскопическим удалением фрагментов конкрементов.

Выявление билиарной причины развития панкреатита предусматривает необходимость выполнения декомпрессии обеих протоковых систем с минимальной травматизацией зоны вмешательства. Оптимальной по соотношению эффективности и минимальной травматичности является ЭПСТ. В 125(23,1%) случаях наличия флотирующих конкрементов в ЖП для предупреждения дополнительной травматизации ПЖ при папиллотомии применялся разработанный нами «Способ эндоскопической папиллотомии», (патент Украины № 60928) который предусматривает выполнение разреза из просвета ампулы ВСДК наружу в направлении просвета ДПК комбинированным needle knif и луковидным папиллотомом. В 107(85,6%) случаях после такой папиллотомии конкременты из ЖП были удалены эндоскопически одномоментно, в 13(10,4%) — после предварительной механической литотрипсии. У 5(4,0%) больных с сохраненным желчным пузырем и ХП попытки эндоскопической холедохолитоэкстракции были безуспешными, им произведены полостные операции.

Комплекс проведенных исследований позволил исключить билиарный генез ОП у 66(12,1%) пациентов. Косвенными признаками алиментарного панкреатита у 26(39,4%) из них были: локальная инфильтрация, отечность и контактная ранимость слизистой оболочки медиального контура нисходящего отдела ДПК с асимметричным стенозированием ее просвета до 1/2–1/3 от исходного. Приведенные изменения в 9(13,6%) случаях носили настолько выраженный характер, что делали невозможной идентификацию БСДК. Стекловидный отек слизистой оболочки, выявленный у 13(19,7%) пациентов уже на ранних этапах развития заболевания, был неблагоприятным прогностическим фактором его развития. При выявлении указанных изменений ДПК попытки катетеризации какой-либо из протоковых систем не производились ввиду опасности посттравматического обострения воспалительного процесса и развития деструктивных изменений ПЖ.

Остальным 18(27,3%) пациентам с интактным БСДК выполняли его катетеризацию с отдельным контрастированием протоковых систем печени и ПЖ. Не-

равномерное расширение боковых ветвлений главного панкреатического протока, выход контрастного вещества за пределы протоковой системы (экстрадуктат) с диффузным или локальным окрашиванием паренхимы поджелудочной железы в 14(21,2%) свидетельствовали о начале развития деструктивного процесса в ПЖ уже на 1–2 сутки от начала заболевания. В таких случаях изначально избиралась консервативная лечебная тактика с последующей ее коррекцией в зависимости от особенностей и тяжести течения острого некротического панкреатита.

Результаты и их обсуждение

После выполнения ЭПСТ с холедохолитоэкстракцией 472(99,2%) пациентам с острым билиарным панкреатитом проводилась антисекреторная, реологически активная терапия, коррекция водноэлектролитных нарушений, что в 441(93,4%) наблюдений приводило к купированию явлений ОП в течение 2–7 суток. Вследствие несвоевременного обращения в клинику у 31(6,6%) больного (в строки от 5 до 11 суток, в среднем 6,7 суток от начала заболевания) не смотря на устранение пускового механизма развития болезни — блока панкреатического протока вколоченным конкрементом, деструктивные изменения в ПЖ продолжали прогрессировать. Вероятной причиной развития панкреонекроза в этих случаях было механическое повреждение ацинусов и выход активированного секрета ПЖ в ее паренхиму. С целью разрешения внутрипротоковой панкреатической гипертензии и обеспечения свободного оттока сока ПЖ в таких случаях предложено завершать ЭПСТ стентированием панкреатического протока. Нами проведено стентирование панкреатического протока 8-ми пациентам с ОП с достоверно позитивными клинико-лабораторными результатами. Однако окончательные результаты панкреатического стентирования при ОП требуют дальнейшего изучения.

Выводы

1. ЭРПХГ — доступный и высокоинформативный метод верификации форм ОП, который должен применяться не позднее 4–6 часов с момента госпитализации пациента.
2. По данным ЭРПХГ прогностическими маркерами развития некротических форм ОП являются:
 - наличие воспалительно-инфильтративных изменений слизистой оболочки медиальной стенки нисходящего отдела ДПК по типу «стекловидного отека»;
 - наличие экстрадуктата — выхода контрастного вещества за пределы протоковой системы ПЖ при проведении панкреатографии;
 - наличие вколоченного конкремента в БСДК более чем 12 часов.
3. Методом выбора лечения острого билиарного панкреатита является ЭПСТ с минимально травматичным объемом эндобилиарных вмешательств.
4. Перспективным методом улучшения результатов эндоскопического лечения ОП является стентирование протока ПЖ.

Рентгенологические изменения желчных протоков по данным ретроградной холангиографии при опухолевом поражении гепатопанкреатодуоденальной зоны

Завора А. В., Котовский А. Е., Глебов К. Г.

Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, ГКБ № 15 им. О. М. Филатова

г. Москва

Были проанализированы эндоскопические ретроградные холангиограммы у 158 больных механической желтухой (МЖ) злокачественной этиологии. Все пациенты были разделены на 3 группы: в 1 группу вошли 102 больных раком поджелудочной железы (ПЖ), во 2—29 человек с опухолью общего желчного протока (ОЖП), и в 3 группу — 27 пациентов раком большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК).

При анализе холангиограмм особое внимание обращали на форму, локализацию стриктуры желчных протоков (ЖП), ее протяженность, конфигурацию, рентгенологическая характеристика «внутренних» границ зоны сужения и обтурации ЖП, состояние ЖП проксимальнее и дистальнее области стриктуры.

У 102 больных раком ПЖ были выделены рентгенологические признаки характерные для поражения ее головки и тела. Для рака головки ПЖ в 45% случаев отмечаются изменения ЖП в дистальных отделах протока в виде сдавления, деформации и «полного блока» с супрастенотическим расширением неизменной части ЖП, при этом диаметр внепеченочных ЖП увеличивается более чем в 2 раза, при отсутствии сброса рент-

геноконтрастного вещества в двенадцатиперстную кишку (ДПК) в 90% случаев. Границы сужения ровные, четкие; края закругленные; «траектория» ОЖП сохранена с расширением долевых и внутрипеченочных ЖП, проксимальная граница сужения часто «воронкообразная»

У больных с преимущественным поражением тела ПЖ характерны сужения за счет сдавления ЖП на уровне средней трети ОЖП, при этом видна неизменная по диаметру и конфигурации дистальная часть ЖП до уровня стриктуры и расширенные отделы ЖП проксимальнее стриктуры. Одним из характерных рентгенологических признаков поражения тела ПЖ является полисегментарное сдавление ЖП, которое отмечено нами у 10% больных. В остальных случаях рентгенологические признаки поражения ЖП при раке головки и тела ПЖ идентичные. Поэтому провести дифференциальную диагностику сразу после выполнения холангиографии практически не представляется возможным, и только ретроспективный анализ рентгенограмм с детальной оценкой рентгенологических признаков при знании точного клинического диагноза позволяет выделить характерные признаки. Однако



Завора А. В.



Котовский А. Е.



Глебов К. Г.

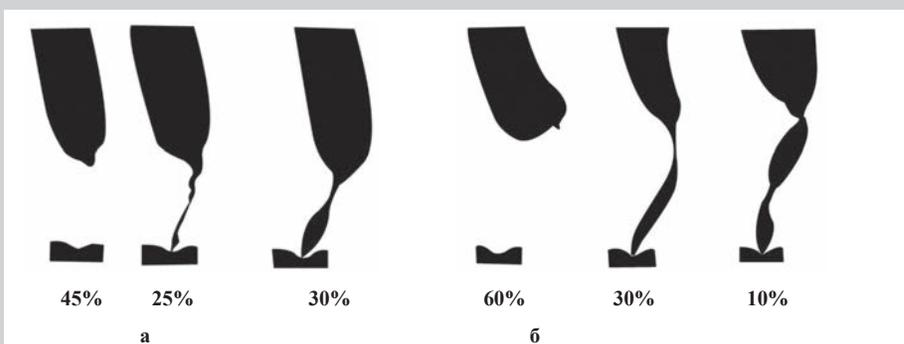


Рис. 1. Схемы вариантов строения и частота встречаемости изменений общего желчного протока при раке головки (а) и тела (б) поджелудочной железы



Рис. 2. Схемы вариантов строения и частота встречаемости изменений общего желчного протока при раке гепатикохоледоха



Рис. 3. Схема типичного варианта строения гепатикохоледоха при раке большого сосочка двенадцатиперстной кишки

клинического и практического значения это не имеет, т.к. технологии хирургических и эндоскопических декомпрессионных манипуляций одинаков. (Рис. 1).

У 29 больных причиной желтухи явился рак ОЖП, который представлял собой протяженное сужение с неровными нечеткими контурами, выраженным расширением проксимальных отделов ЖП и отсутствием изменений диаметра ЖП дистальнее опухоли.

При дистальных опухолевых поражениях ОЖП на рентгенохолангиограммах отмечается выраженное сужение в дистальном отделе холедоха со значительным расширением вне- и внутривнутрипеченочных ЖП (Рис. 2).

При сравнительном анализе рентгенохолангиограмм больных раком гепатикохоледоха и ПЖ нами выявлено, что отличительной особенностью сужений ЖП при раке ПЖ является их относительная симметричность и «ровность» контуров в области стриктур ЖП, а при раке гепатикохоледоха отмечается неровность, «изъеденность» контуров протока на фоне тубулярных стенозов. Проксимальные отделы ЖП дилатированы вплоть до внутривнутрипеченочных ЖП.

Во всех 27 случаях рака БСДК при анализе рентгенохолангиограмм нами отмечено характерное, типичное строение ОЖП, с полным блоком в терминальном отделе холедоха и равномерным значительным расширением вне- и внутривнутрипеченочных ЖП (Рис. 3).

Таким образом, анализ эндоскопических ретроградных холангиограмм позволяет выявить наиболее характерные рентгенологические признаки злокачественного поражения головки и тела ПЖ, ОЖП и рака БСДК, что дает возможность установить правильный диагноз и определить тактику лечения.

Изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки при остром панкреатите

Зверева А. А., Глебов К. Г., Дюжева Т. Г., Котовский А. Е.

Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, ГКБ № 15 им. О. М. Филатова

г. Москва

Методом эзофагогастродуоденоскопии за последние три года (2013–2015 гг.) было обследовано 211 больных с острым панкреатитом, из них 169 — с отечной формой заболевания и 42 — с панкреонекрозом.

Диагноз был установлен на основании клинико–лабораторных данных, включающих УЗИ и КТ брюшной полости, лапароскопию, а в ряде случаев лапаротомию.

Больные были разделены на две группы: с отечной формой панкреатита и панкреонекрозом. Всем больным в первые 1–2 суток от момента поступления в стационар выполнялись различные диагностические и лечебные эндоскопические исследования, из них у 211 — гастродуоденоскопия, 49 — ретроградная панкреатикохолангиография, у 19 пациентов выполнялись лечебные вмешательства на желчных и панкреатических протоках и в 41 случае эндоскопическая установка назоинтестинального зонда.

Эндоскопические исследования осуществлялись видеогастро- и дуоденоскопами фирмы Olympus (Япония).

В группе больных с отечной формой панкреатита (n = 169) у 29% пациентов изменения слизистой оболочки пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки и большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) обнаружено не было. У остальных больных имелись изменения слизистой оболочки воспалительного характера. У 20 больных (11,8%) отмечалось выраженная отечность слизистой оболочки желудка, с ее локальной гиперемией, а в антральном и пилорическом отделах диагностированы мелкие петехиальные кровоизлияния, а у 14 (8%) имелись поверхностные единичные или множественные эрозии размерами 1–3 мм с гиперемированной слизистой вокруг и повышенной контактной кровоточивостью. У 40 больных (23,7%) выявлены изменения со стороны слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки в виде

выраженного отека, деформации рельефа слизистой и поверхностных эрозий. У больных с отечной формой панкреатита складки слизистой оболочки были рыхлые, увеличенные в размерах, плохо расправлялись при инсуффляции воздухом, отмечалось деформация просвета двенадцатиперстной кишки за счет давления извне со стороны увеличенной головки поджелудочной железы. При осмотре нисходящей части двенадцатиперстной кишки у 54 пациентов (32%) в области продольной складки имелся выраженный отек и гиперемия слизистой оболочки, сочетающийся с сужением и деформацией просвета кишки, в связи с этим у 10 человек (6%) обнаружить БСДК не представлялось возможным. В 57 случаях (33,7%) папилла была резко отечна, увеличена в размерах и незначительно гиперемированная, при этом у 29 пациентов (17%) во время дуоденоскопии наблюдалось поступление в просвет двенадцатиперстной кишки прозрачной желчи и панкреатического секрета. У 11 больных (6,5%) в области отверстия БСДК имелись мелкие, напоминающие папилломатозные разрастания слизистой оболочки сосочка. Следует отметить, что у подавляющего большинства больных отечной формой панкреатита имелось сочетание изменений слизистой оболочки желудка, двенадцатиперстной кишки и БСДК.

Во второй группе (42 больных) с панкреонекрозом, в 100% случаев имелись изменения со стороны слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта. У 3 пациентов (8%) диагностированы явления эзофагита, связанные на наш взгляд с забросом желудочного содержимого в пищевод в связи с нарушением эвакуации из полости желудка. У больных панкреонекрозом наиболее часто были выявлены явления гастродуоденита, которые в 50% случаев сочетались с выраженной деформацией просвета желудка за счет сдавления извне, а у 34% — двенадца-



Зверева А. А.



Глебов К. Г.



Дюжева Т. Г.



Котовский А. Е.

типерстной кишки. Слизистая оболочка в местах сдавления была истончена, резко гиперемирована с мелкими петехиальными кровоизлияниями, при этом у 13 (32%) больных были обнаружены множественные острые эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки. У больных панкреонекрозом головки поджелудочной железы наиболее характерным эндоскопическим признаком явились сдавление, деформация просвета и смещение двенадцатиперстной кишки. При этом нарушалась складчатость кишки, просвет ее приобретал щелевидную форму, а выраженный отек слизистой не позволял у 6 (15%) больных провести эндоскоп в дистальные отделы кишки и визуализировать БСДК, особенно у больных на поздних стадиях развития панкреонекроза и парапанкреатита.

При сравнении двух групп больных следует отметить, что лишь в группе пациентов с панкреонекрозом были выявлены явления эзофагита. В группе больных с отечной формой панкреатита у 29% не обнаружены изменения со стороны слизистой оболочки верхних отде-

лов ЖКТ, а у больных с панкреонекрозом в 100% случаев были диагностированы различной степени выраженности эрозивно-воспалительные изменения.

В отличие от больных с отечной формой панкреатита у пациентов с панкреонекрозом преобладала деформация просвета желудка и двенадцатиперстной кишки за счет сдавления извне, что можно считать характерными признаками заболевания. В то же время при отечной форме панкреатита преобладали явления гастродуоденита, проявляющиеся в основном отеком и гиперемией слизистой оболочки с распространением на папиллярную область.

Таким образом, на основании проведенного сравнительного анализа изменений слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ с учетом клинической картины заболевания можно с большей степенью вероятности предположить стадию течения острого панкреатита, что в результате позволяет определить тактику лечения и оценить возможности выполнения лечебных эндоскопических вмешательств на билиарно-панкреатической системе.

Результаты тонкоигольной аспирационной пункции под ЭУС наведением, при очаговых образованиях поджелудочной железы

Кащенко В. А., зам. гл. врача по хирургии Клинической больницы № 122 им. Л. Г. Соколова, зав. кафедрой Факультетской хирургии СПбГУ

Сишкова Е. А., зав. эндоскопическим отделением Клинической больницы № 122 им. Л. Г. Соколова

Солоницын Е. Г., врач-эндоскопист эндоскопического отделения Клинической больницы № 122 им. Л. Г. Соколова, асс. кафедры Факультетской хирургии СПбГУ

Воробьев С. Л., директор, Тамазян Н. В. врач
Национальный центр клинической морфологической диагностики
г. Санкт-Петербург

Морфологическая диагностика заболеваний поджелудочной железы всегда была сложной задачей, из-за особенностей расположения органа, трудности ее визуализации и доступа для забора тканевого или клеточного материала. Однако, подтверждение диагноза на дооперационном обследовании позволяет избежать неоправданных хирургических вмешательств, либо наоборот, выполнить вмешательство на ранних стадиях развития заболевания.

В последние два десятилетия, благодаря внедрению эндоскопической ультрасонографии (ЭУС) значительно улучшились результаты дооперационной диагностики заболеваний панкреато-билиарной зоны. Методика тонкоигольной аспирационной пункции под ЭУС наведением (ЭУС-ТАП) позволяет безопасно, но эффективно выполнить забор материала из очаговых образований поджелудочной железы даже небольшого размера. Кроме того, значительного прогресса достигли морфологические методы, позволяющие работать более эффективно с небольшим количеством материала.

На базе Клинической больницы № 122 им. Л. Г. Соколова была выполнена оценка эффективности и целесообразности применения ЭУС-ТАП для морфологической диагностики очаговых образований поджелудочной железы.

Материалы и методы

Всего за период с января 2014 года по июнь 2015 было выполнено 82 пункции у пациентов с очаговыми образованиями поджелудочной железы. Из них мужчины составили 46 человек, женщины — 36. Солидные образования были выявлены у 58 пациентов, кистозные, соответственно в 24 случаях. Показаниями для пункции кистозных образований были не однозначные данные предыдущих исследований, не позволявшие выбрать клиническую тактику у пациентов.

В исследуемую группу вошли пациенты с окончательной диагностикой образования, выполненной на операционном материале, по результатам секции, либо подтвержденное другими методами исследования (интраоперационная биопсия, чрескожная биопсия).

При морфологической оценке материала были применены такие методы, как стандартная цитология, иммуноцитохимия, изготовление cell-блоков, стандартная гистология, иммуногистохимия.

Результаты: При ЭУС-ТАП были получены результаты, доказывающие неопластический характер образования в 66 случаях (80,5%). Перечень образований, выявленных во время обследования представлены в таблице 1. При этом, протоковая аденокарцинома составила 51,9% всех случаев и 65% солидных образований поджелудочной железы.

Использование cell-блоков позволило в 76% случаев выполнить гистологическое и иммуногистохимическое исследование. Цитология была информативна в 56%. В 11-ти случаях (11,1%) не удалось выявить диагностически значимых находок при комплексном морфологическом исследовании. В материале выявлялись лишь путевые ткани. Процент неинформативных пункций при солидных образованиях составил 5,2%. У 2 из 3 пациентов этой группы в последующем выявлена протоковая аденокарцинома, у одного доказан диагноз псевдотуморозного панкреатита. При пункции кистозных образований процент неэффективных исследований составил 12,5%. В двух случаях (8%) были выявлены озлокачествленные формы муцинозных неоплазий, в трех — псевдокисты, в одном муцинозная кистозная неоплазия без признаков малигнизации.

У пациентов с подозрением на панкреатит по результатам ЭУС-ТАП, в одном случае была выявлена аденокарцинома.

Остальные диагнозы были подтверждены во время оперативного лечения, секции, либо другими методами диагностики.

Выводы

Более половины очаговых образований поджелудочной железы не являются протоковыми аденокарциномами и зачастую требуют иного лечебного подхода.

ЭУС-ТАП эффективный метод получения материала для морфологической диагностики образований под-

Таблица 1. Результаты тонкоигольной пункции образований поджелудочной железы под ЭУС наведением

	Солидное	Кистозное	Всего	%
Протоковая аденокарцинома	38	4	42	51,9
Не информативное исследование	3	6	9	11,1
Нейроэндокринное образование	7	2	9	11,1
Панкреатит	4	0	4	4,9
Псевдокиста	0	3	3	3,7
Ацинарно-клеточная карцинома	2	0	2	2,5
Малигнизировавшая IPMN	0	2	2	2,5
MCN без признаков малигнизации	0	2	2	2,5
Малигнизировавшая MCN	0	2	2	2,5
Протоковая аденосквамозная карцинома	2	0	2	2,5
IPMN без признаков малигнизации	0	1	1	1,2
Метастаз аденокарциномы желудка				
Метастаз карциномы прямой кишки	1	0	1	1,2
Серозная кистозная неоплазия	0	1	1	1,2
Солидная псевдопапиллярная опухоль поджелудочной железы	0	1	1	1,2
Всего:	57	24	81	

желудочной железы. При этом, специфичность положительного ответа приближается к 100 %, а вот отрицательный ответ имеет низкую прогностическую значимость и требует проверки другими методами диагностики.

Эффективность ЭУС-ТАП выше при солидных образованиях поджелудочной железы. Основные сложности диагностики заключались в определении морфологических признаков кистозных неоплазий.

Дифференцированный подход к эндоскопическому лечению больных с острой окклюзией БДС

Коржева И. Ю., д.м.н., Нечипай А. М., д.м.н., проф., Шабунин А. В., д.м.н., проф., Бедин В. В., к.м.н., доцент, Чернов М. В., врач-эндоскопист, Комиссаров Д. Ю., врач-эндоскопист

ГБУЗ ГКБ им. С. П. Боткина, ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России

г. Москва

Синдром механической желтухи, развивающийся на фоне острой окклюзии БДС, в настоящее время занимает первое место по распространенности у пациентов с заболеваниями билиопанкреатодуоденальной зоны. Помимо холедохолитиаза, к механическому нарушению естественного желчеоттока и развитию таких тяжёлых осложнений, как острый панкреатит, холангит, печёночная недостаточность, сепсис и др. приводят злокачественные новообразования органов билиопанкреатодуоденальной зоны. Благодаря внедрению в медицинскую практику современных неинвазивных методов обследования органов брюшной полости: УЗИ, КТ и МРТ, полученные результаты позволяют в кратчайшие сроки установить причину и характер билиарной и/или панкреатической гипертензии. Однако, на этапе оказания экстренной помощи, вне зависимости от причины острой окклюзии БДС, основной задачей, подлежащей решению, является декомпрессия билиарного тракта эндоскопическими транспапиллярными способами.

Цель исследования

Оценить современные технические возможности различных эндоскопических ретроградных вмешательств в лечении больных с механической желтухой и синдромом окклюзии БДС, включая высокоинформативные визуализационные возможности ЭУС.

Материалы и методы

В 2015 г. в эндоскопическом отделении ГКБ имени С. П. Боткина выполнено 587 ретроградных вмешательств, 102 (19%) из которых — в экстренном и срочном порядке. В 47 (46%) из 102 случаев показанием для urgentных вмешательств явился синдром острой окклюзии БДС вследствие папиллолитиаза и развившийся на ее фоне острый билиарный панкреатит. В 11 (10,8%) случаях причиной окклюзии БДС были опухолевые поражения, в 44 (43,2%) — вызванная разными причинами острая окклюзия БДС сопровождалась клинической манифестацией гнойного холангита.

В 47% случаев папиллолитиаза для рассечения «крыши» БДС применялась атипичная папиллотомия игльчатый ножом с последующей инструментальной экстракцией конкрементов или с их самопроизвольным отхождением в просвет ДПК; в 14% — выполнена канюляционная папиллосфинктеротомия и в 39% — атипичная папиллотомия была дополнена канюляционной папиллосфинктеротомией. Во всех случаях после рас-

сечения папиллы выполняли ЭРПХГ. В 69% случаев выявлен множественный холедохолитиаз и при первичном вмешательстве удалены все рентгеноконтрастные конкременты. В 31% случаев, после длительно протекающих и незавершенных литоэкстракций, были установлены билиарные пластиковые стенты. Впоследствии этим больным вторым или третьим этапом завершали транспапиллярную литоэкстракцию.

В 5-х наблюдениях результаты рентгенологических методов диагностики не позволили однозначно оценить причины и уровни окклюзии дистальной части ОЖП: этим больным непосредственно перед ретроградным вмешательством выполнили эндоскопическую ультрасонографию, по результатам которой были диагностированы рентгеннегативные и по этой причине недоступные для визуализации конкременты в терминальной части холедоха.

Результаты и их обсуждение

В раннем послеоперационном периоде у 64% больных с острым билиарным панкреатитом в течение 1–3 суток отмечена регрессия явлений последнего с полным или частичным купированием болевого синдрома и снижением уровня амилаземии. В 32% случаев наблюдалась транзитная амилаземия (до 1500 ед/л), сохранявшаяся до 3-х суток, что объяснялось длительностью догоспитального этапа болезни (70%) или электротравмой устья панкреатического протока (30%). Этой категории больных на 2-е сутки после декомпрессионного ретроградного вмешательства было выполнено стентирование главного панкреатического протока. Лечение острого билиарного панкреатита ограничилось консервативной терапией, стенты были удалены на 2-е сутки. У 4-х больных (3,6%) в послеоперационном периоде развился панкреонекроз, который впоследствии потребовал неоднократного оперативного лечения (оментобурсостомия, некрсеквестрэктомия), в последующем 2 из 4 пациентов умерли от гнойно-септических осложнений. Общая летальность среди больных с острой окклюзией БДС составила 1,8%.

Выводы

Эндоскопические транспапиллярные вмешательства являются методом выбора в лечении больных с острой окклюзией БДС и механической желтухой, направленным на восстановление естественного желчеоттока и устранение билиарной и панкреатической



гипертензии. Оправдано стремление к выполнению радикальной холедохолитоэкстракции у пациентов с множественным холедохолитиазом при синдроме острой окклюзии БДС. В подобных клинических ситуациях необходимо проводить билиодуоденальное стентирование с целью снижения риска повторных вмешательств, и, как следствие, улучшения прогноза заболевания. Больным с длительным (более суток) анамнезом билиарного панкреатита (с лечебной целью) или с ятрогенной

электротравмой устья панкреатического протока (с профилактической целью) необходимо одновременно стентировать ГПП на 1–2 дня до 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 на фоне острой окклюзии БДС.

Осложненный холедохолитиаз – диагностика и лечение

Королев М. П., Федотов Л. Е., Аванесян Р. Г., Федотов Б. Л.

Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ

(зав. каф. проф. Королев М. П.)

Мариинская больница (главный врач проф. Емельянов О. В.)

г. Санкт-Петербург

В последние 10 лет, значительно увеличилось количество больных с желчекаменной болезнью. В связи с тем, что «Золотым стандартом» в лечении больных с желчекаменной болезнью и острым холециститом является лапароскопическая холецистэктомия, количество больных с холедохолитиазом также возросло. Осложненный холедохолитиаз в структуре заболеваемости занимает от 2 до 5 % пациентов (Стрельников Е. В., Куприянов С. М., Жилин О. В., Topal B., Aerts R.)

Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии занимается лечением данных групп больных на протяжении последних 25 лет. Методики комбинированных вмешательств под ультразвуковым, рентгенологическим и эндоскопическим контролем применяются для лечения пациентов с осложненным холедохолитиазом на кафедре общей хирургии с курсом эндоскопии с 2006 года. На настоящий момент мы обладаем опытом лечения 156 пациентов с диагнозом «Холедохолитиаз», который мы расцениваем как осложненный. В эту группу вошли пациенты:

- с запредельно высокими показателями билирубина в крови (500 ммоль/л) — (16 больных)
- с холедохолитиазом при котором удаление конкрементов невозможно по тяжести состояния пациента — (23 пациента)
- с неудаляемыми корзинкой Dormia или литотриптером конкрементами из общего желчного протока и общего печеночного протока — (39 больных)
- с существующими техническими трудностями при канюляции большого дуоденального соска (наличие одного или нескольких парапапиллярных дивертикулов, аномалии развития фатерова соска) — (73 пациента)

- с измененной анатомией желудка и тонкой кишки (перенесенные ранее операции), при которых доставка эндоскопа к большому дуоденальному соску невозможна — (5 больных)

Всем пациентам из вышеописанных групп применялись комбинированные малоинвазивные вмешательства, которые включали в себя антеградные и ретроградные методики на желчных протоках, проводимые под ультразвуковым, рентгенологическим и эндоскопическим контролем как в несколько этапов, так и одновременно.

ЧЧХЛС первым этапом лечения, до литоэкстракции, выполнялась у 78 больных. Антеградно проведенный проводник при дивертикулах и аномалиях БДС (для безопасного рассечения последнего) применялся у 73 пациентов. Методика антеградно проведенного манипуляционного катетера в культю желудка или просвет отводящей кишки — у 5 больных с ранее выполненными оперативными вмешательствами на желудке и 12-перстной кишке, для последующего проведения эндоскопа к фатерову соску.

При выполнении вышеописанных вмешательств осложнения встречались у 11 больных (7,4%), летальность составила 1,28 % (2 пациента)

Выводы

1. Комбинированные малоинвазивные вмешательства позволяют практически в любых случаях холедохолитиаза, в том числе и осложненного, выполнить литоэкстракцию.
2. После комбинированной литоэкстракции обязательным условием является антеградная декомпрессия желчевыводящих протоков.

Литература

1. «Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in patients with altered anatomy: How to deal with the challenges?» Tom G Moreels, World Journal Gastrointestinal Endoscopy, 2014 August 16; 6(8): 345–351
2. «Short-type and conventional single-balloon enteroscopes for endoscopic retrograde cholangiopancreatography in patients with surgically altered anatomy: Single-center experience» Tomohisa Iwai, Mitsuhiro Kida, Hiroshi Yamauchi, Hiroshi Imaizumi and Wasaburo Koizumi, Digestive Endoscopy 2014; 26 (Suppl. 2): 156–163
3. «Эффективность эндоскопических чреспапиллярных вмешательств в условиях многопрофильного лечебного учреждения» Габриэль С. А., Дынько В. Ю., Гольфанд В. В., Цитович Ф. В., Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке» № 6 2012г, (Т. 14)



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@gpma.ru
Сайт: www.gpma.ru



Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования

«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

СПбГПМУ

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Бакалавриат:

- Сестринское дело
- Социальная работа
- Специальное (дефектологическое) образование

Специалитет:

- Педиатрия
- Лечебное дело
- Медико-профилактическое дело
- Медицинская биофизика
- Стоматология
- Клиническая психология

Магистратура:

- Общественное здравоохранение

Интернатура.

Клиническая ординатура.

Аспирантура:

- Физико-математические науки.
- Биологические науки.
- Технические науки.
- Гуманитарные науки.
- Медицинские науки.
- Психологические науки

Докторантура

Повышение квалификации

Профессиональная переподготовка



Приемная комиссия: (812) 542-08-28,
с 20 июня по 30 августа

194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2,
E-mail: spb@grma.ru. Сайт: www.grma.ru

Нестандартный холедохолитиаз в сочетании с ятрогенной стриктурой общего желчного протока и парапапиллярного дивертикула (клинический случай)

Королев М. П., Федотов Л. Е., Аванесян Р. Г., Федотов Б. Л., Лепехин Г. М., Амирханян Т. В.

Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ

(зав. каф. проф. Королев М. П.)

Мариинская больница (главный врач проф. Емельянов О. В.)

г. Санкт-Петербург

Несмотря на успехи в лечении холедохолитиаза, до настоящего времени проблема не потеряла актуальность. До сих пор в некоторых клиниках, не принимая во внимание современные тенденции к уменьшению хирургической агрессии, приоритетным в лечении холедохолитиаза являются традиционные операции, особенно в нестандартных ситуациях. Под нестандартными ситуациями мы подразумеваем крупный холедохолитиаз, холедохолитиаз в сочетании со стриктурами протоков, наличие парапапиллярных дивертикулов, перенесенные ранее операции (резекция желудка по Бильрот-II, гастрэктомия). Несомненно, наличие современного эндоскопического и интервенционного оборудования, мультидисциплинарной бригады позволяет в настоящее время в подавляющем большинстве случаев выполнить литоэкстракцию миниинвазивным методом. В нашей практике наиболее сложные случаи литоэкстракции — это случаи холедохолитиаза в сочетании со стриктурами внепеченочных желчных протоков.

Больная В. 56 лет поступила в 5 хирургическое отделение СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница» 27.01.2014 года с диагнозом: холедохолитиаз, холангит, механическая желтуха. Из анамнеза известно, что в 2005 году выполнена операция — лапароскопическая холецистэктомия и холедохолитотомия, во время которой пересечен общий желчный проток. После конверсии доступа сформирован билиобилиоанастомоз. Из сопутствующей патологии необходимо отметить: ожирение III степени, гигантская послеоперационная вентральная грыжа, ИБС, постинфарктный атеросклероз, хроническая сердечная недостаточность. При поступлении у больной клиническая картина холангита и механической желтухи. Больная обследована. После УЗИ и МПХПГ установлен диагноз холедохолитиаз, стриктура общего желчного протока. После предоперационной подготовки и консультации терапевта 03.02.2014 года выполнена операция — Попытка эндоскопической папиллосфинктеротомии и ретроградной холангиопанкреатографии, чрескожное чреспеченочное наружновнутреннее дренирование общего печеночного и желчного протоков под ультразвуковым и рентгенологическим контролем. При дуоденоскопии выявлено: фатеров сосочек расположен в области дна парапапиллярного дивертикула, эндоскопически не визуализируется. С целью де-

компрессии желчных протоков и формирования антеградного доступа для комбинированной литоэкстракции, решено выполнить чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков. Контрастирование желчных протоков показало, что имеется блок на границе общего печеночного и желчного протоков, где определяется стриктура. Контрастное вещество в просвет дистальной части общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки поступает небольшими порциями, над стриктурой определяются крупные конкременты. Протяженность стриктуры около 3 мм, диаметр — 1–2 мм (рис. 1а, 1б). Первым этапом установлен наружновнутренний дренаж диаметром 10,2F (рис. 2). Анализируя опыт в лечении подобных больных в прошлом, мы пришли к выводу, что первым этапом при нестандартном холедохолитиазе необходимо сформировать антеградный изолированный от свободной брюшной полости канал к желчным протокам. Учитывая данное обстоятельство, после наружновнутреннего дренирования желчных протоков комбинированную литоэкстракцию выполняем через 2 недели. Наружновнутренний дренаж в подобных случаях необходим по следующим причинам: 1) декомпрессия желчных протоков, 2) формирование изолированного канала к желчным протокам, 3) обеспечение поступления желчи в просвет двенадцатиперстной кишки.

Больная повторно госпитализирована в марте 2014 года. Повторная попытка литоэкстракции выполнена 18.03.2015 года. По проведенному гидрофильному проводнику в просвет двенадцатиперстной кишки установлен интрадюссер, через который введен баллонный дилататор в область стриктуры желчного протока и БДС. Выполнена баллонная дилатация стриктуры до 8 мм в диаметре с экспозицией до 20 мин. После удаления баллонного катетера, устье фатерова сосочка не определяется, он расположен в области дна парапапиллярного дивертикула. Антеградно проведен гидрофильный проводник в просвет двенадцатиперстной кишки. Проводник фиксирован корзиной Дормиа и с помощью обратной тракции за проводник корзина Дормиа проведена в просвет желчных протоков. Выполнить литоэкстракцию обычной корзиной не удалось. От применения баллонных дилататоров и корзин большего диаметра на данном этапе решено воздержаться в виду опасности разрывов протока и неконтролируемого кровотечения.

Третий этап операции выполнен 31.03.2015 года. После удаления каркасного дренажа, по проводнику установлен интрадьюссер, через который установлен баллонный дилататор в область стриктуры и фатерова сосочка. Выполнена дилатация стриктуры баллонным катетером диаметром 16 мм, длиной 80 мм (рис. 3). В дальнейшем выполнена литоэкстракция комбинированным способом с помощью антеградно проведенного баллонного дилататора и корзины Дормиа (рис. 4а, 4б). В общей сложности удалены 4 конкремента. Операция завершена каркасным наружновнутренним дренированием желчных протоков (рис 5).

Окончательная ревизия желчных протоков выполнена в апреле 2014 года, при которой конкрементов не выявлено, контрастное вещество свободно поступает в просвет двенадцатиперстной кишки, билиарной гипертензии не обнаружено (рис 6). Каркасный дренаж удален через 6 месяцев.

Таким образом, в современной клинике благодаря комбинированным миниинвазивным технологиям и мультидисциплинарному подходу практически во всех случаях можно выполнить литоэкстракцию из желчных протоков, включая случаи холедохолитиаза в нестандартных ситуациях.

Выводы

1. Нестандартный холедохолитиаз не является абсолютным показанием к применению традиционной холедохолитотомии
2. Двойной анте- и ретроградный доступ к печеночным протокам необходимое условие для эффективной миниинвазивной литоэкстракции
3. Траспеченочный каркасный наружновнутренний дренаж необходимое условие для адекватной декомпрессии желчных протоков, формирования изолированного от свободной брюшной полости канала к печеночным протокам, эффективный метод реинфузии желчи в просвет двенадцатиперстной кишки, а также, в вышеуказанном случае, способ формирования каркаса необходимого диаметра в области стриктуры желчного протока.



Рис. 1а. Разнокалиберные конкременты во внутри- и внепеченочных желчных протоках

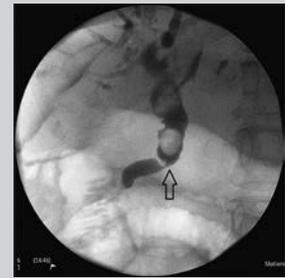


Рис. 1б. Стриктура общего желчного протока (стрелкой указана стриктура протока)

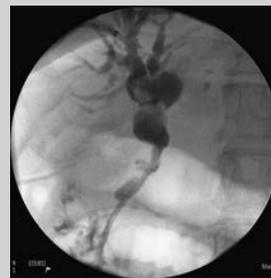


Рис. 2. Наружновнутреннее каркасное дренирование общего печеночного и желчного протоков



Рис. 3. Баллонная дилатация стриктуры желчного протока и фатерова сосочка (стрелкой указана баллонная дилатация стриктуры желчного протока)



Рис. 4а. Комбинированная литоэкстракция

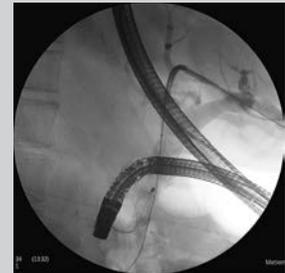


Рис. 4б. Удаление конкрементов с помощью корзины Дормиа



Рис. 5. Контрольная холангиограмма после литоэкстракции (стрелками указаны парапапиллярные дивертикулы)



Рис. 6. Холангиограмма через 14 дней после литоэкстракции

Опыт ЭПСТ при остром билиарном панкреатите

Короткевич А. Г., Ярошук С. А., Леонтьев А. С.

НГИУВ, МБЛПУ ГКБ № 29

г. Новокузнецк

Проблема своевременной диагностики билиарной причины острого панкреатита неразрывно связана с оценкой роли и необходимости ЭПСТ у этих больных [7–9]. Однако, если ущемление камня в папилле или холангит являются достаточным основанием для восстановления желчеоттока папиллотомией «на камне», то в прочих случаях при отсутствии гипербилирубинемии решиться на своевременную ЭПСТ сложно [1–4, 8–10]. К тому же, известно, что частота ЭРПХГ-ассоциированных панкреатитов составляет 10% и на фоне уже имеющегося острого билиарного панкреатита (ОБП) ЭПСТ может ухудшить состояние пациента [12]. С другой стороны, опыт отечественных авторов указывает на безопасность ЭРПХГ и ЭПСТ при ОБП [5]. Кроме того, использование ранней ЭПСТ при ОБП способно снизить как длительность госпитального периода, так и число тяжелых форм ОБП [10, 11].

Целью нашей работы было оценить частоту использования ЭПСТ и ее безопасность при ОБП.

Материал и методы

Ретроспективный анализ медицинских карт 315 пациентов с доказанным ОБП, госпитализированных в отделение общей хирургии ГКБ № 29 г. Новокузнецка за период с 2007 г. по 2013 г., в МБУЗ Городская больница № 8 г. Белово и НУЗ «Узловая больница на ст. Белово ОАО РЖД» с 2011 по 2013 гг. Мужчин — 212 (39,63%), женщин 323 (60,37%). Средний возраст $54,83 \pm 14,17$. Проспективное исследование 2013–2015 гг. построено на изучении 100 больных с ОБП, в возрасте 18–88 лет ($M \pm m$ составило $59,27 \pm 16,66$ лет), лечение которых осуществлялось традиционными методами. Из них основную группу составили 50 больных, которым выполнялась парапапиллярная блокада, и группа сравнения из 50

пациентов без проведения парапапиллярной блокады. Давность заболевания, сроки госпитализации, объем диагностических исследований не имели существенных отличий как между ЛПУ, так и с группой проспективного исследования. Для эндоскопических вмешательств на БДС, желчевыводящих протоках использовали видеодуоденоскопы Карл Шторц 13885 (Германия), Фуджинон 450 серии (Япония), дуоденоскоп Олимпас 40 серии (Япония). В ГКБ № 29 г. все ЭПСТ при ОБП завершали подслизистой парапапиллярной блокадой через линию папиллотомии.

Результаты

Дуоденоскопия выполнена всем больным в течение первых 4 суток. В 1–2 сутки госпитального периода подозрение на ущемление камня в папилле, клиника холангита или механическая желтуха были основными причинами оперативной дуоденоскопии. В проспективном исследовании основными значимыми факторами, определяющими необходимость ЭПСТ при ОБП были воспалительные и рубцовые изменения папиллы (таблица 1).

Как видно, ущемление камня имело место всего в 11%, что существенно отличается от литературных данных [3, 4].

Всего ЭРПХГ выполнена в 130 случаях (20,5%), а ЭПСТ у 107 из этих больных (16,9%). Такая частота использования ЭРПХГ при ОБП также ниже применения другими авторами [1, 3–5, 7, 10]. В отсутствие расширения холедоха и камней при гипербилирубинемии мы ЭПСТ не использовали. Напротив, визуальные признаки нарушений желчеоттока или холедохолитиаз в отсутствие гипербилирубинемии являлись основанием для ЭПСТ.

Осложнения ЭПСТ были представлены обычным спектром с недостоверными различиями между ЛПУ (та-

Таблица 1. Причины выполнения ЭПСТ при ОБП в проспективном исследовании

		ЭПСТ		2	p	
		да	нет			
Рубцовая деформация БДС	нет	7	79	61,24	0,001	0,783
	да	14	0			
Ущемленный камень БДС	нет	13	76	19,934	0,001	0,446
	да	8	3			
Папиллиты	нет	8	46	2,707	0,081	0,165
	да	13	33			
Парапапиллярный дивертикул	нет	15	66	1,582	0,171	0,126
	да	6	13			

Таблица 2. Осложнения ЭПСТ при остром билиарном панкреатите

	Всего ЭПСТ	Осложнения								Всего	
		Панкреонекроз		Утяжеление обп		Кровотечение		Смерть			
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Ретроспективный (Белово)	34	2	6	1	3	2	6	1	3	6	18
Ретроспективный (Новокузнецк) (ПББ)	52	0	0	2	4	0	0	0	0	2	4
Проспективный	21	1	5	2	10	0	0	1	5	4	20
Итого	107	3	3	5	5	4	4	2	2	12	11

блица 2). Однако, в ретроспективном исследовании 86 случаев ОБП более высокую безопасность ЭПСТ обеспечивало применение постбульбарной (парапапиллярной) новокаиновой блокады ($\chi^2=4,62$; $p=0,0312$). Более высокие показатели осложнений в проспективном исследовании объясняются малой выборкой и тяжестью панкреатита.

Несмотря на имеющиеся литературные сведения о безопасности использования ЭПСТ при ОБП, мы имели опыт смерти при выполнении ЭПСТ на фоне панкреонекроза с механической желтухой. Общая частота осложнений ЭПСТ при ОБП составила 11%, что не отличается от известной частоты осложнений ЭПСТ при других состояниях, но противоречит отдельным литературным сведениям об отсутствии осложнений [2, 5, 12]. Следует отметить, что выполнение ЭПСТ у части больных ОБП носит характер «операций отчаяния», когда тяжесть пациентов на фоне шока и имеющейся механической желтухи не по-

зволяют выполнить стандартную лапаротомию, а наружное желчеотведение под ультразвуковым контролем недоступно. В подобных ситуациях мы наблюдали как положительный эффект от предрассекающей ЭПСТ без ЭРПХГ, так и фатальное течение панкреонекроза.

Выводы

1. При остром билиарном панкреатите потребность в ЭРПХГ составляет не менее 20%, а ЭПСТ требуется не менее 17% больных
2. Частота осложнений ЭРПХГ/ЭПСТ при остром билиарном панкреатите не отличается от средних значений при других состояниях
3. Для определения показаний к ЭПСТ следует ориентироваться на результаты возможно раннего эндоскопического осмотра области папиллы, гипербилирубинемия и данные УЗИ имеют вспомогательное значение

Литература

1. Глобин А. В. Диагностика и лечебная тактика при остром билиарном панкреатите, вызванном обструкцией дистального отдела холедоха: автореф. дисс. ... к.м.н.— Санкт-Петербург, 2009
2. Канаян Р. О., Канаян В. Р. Двадцатилетний анализ осложнений после применения ЭРПХГ, ЭПСТ в МЦ «Эребуни»//Вестник Хирургии Армении им. Г. С. Тамазяна 3.2011 URL: <http://www.med-practic.com/rus/147/17673/> (дата обращения 22.01.2016)
3. Карпачев А. А., Солошенко А. В., Битенская Е. П. Роль оперативной эндоскопии в лечении острого билиарного панкреатита (ОБП)//Эндоскопическая хирургия, 2009- № 1-С.25–26
4. Колокольцев В. Б. Эндоскопические аспекты ранней диагностики и лечения больных с острым билиарным панкреатитом (клинико-морфологическое исследование): автореф. дисс. ... к.м.н.— Омск, 2007
5. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография и папиллосфинктеротомия при остром билиарном панкреатите/ Борисов А. Е., Кубачев К. Г., Сергеев П. В. и др.// Анналы хирургической гепатологии, 2009, том 14.— № 1.— с. 80–84
6. Эндоскопические чреспапиллярные вмешательства в диагностике и лечении холедохолитиаза / Габриэль С. А., Дынько В. Ю., Гольфанд В. В. и др. // Фундаментальные исследования.— 2012.— № 2–2.— С. 276–282
7. Benefits of Early ERCP in Patients With Gallstone Pancreatitis With Biliary Obstruction in Absence of Cholangitis/ R. Jinjuvadia, A. Saeed, A. Lenhart et al.// Gastrointestinal Endoscopy 2015; 81 (5S): AB 142
8. Gallstone Disease: Diagnosis and Management of Cholelithiasis, Cholecystitis and Choledocholithiasis/ Internal Clinical Guidelines Team (UK)// National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014 Oct.
9. Kozarek R. Role of ERCP in acute pancreatitis// Gastrointestinal Endoscopy 2002; 56 (6, SUPPL): S231 — S236
10. Rustagi T., Njei B. Timing of ERCP and Outcomes of Patients With Acute Gallstone Pancreatitis: a Nationwide Population Based Study// Gastrointestinal Endoscopy 2015; 81(5S): AB 405
11. Study of the early management of acute pancreatitis/ Nesvaderani M, Eslick GD, Faraj S et al.// ANZ J Surg. 2015 Sep 24. doi: 10.1111/ans.13330. [Epub ahead of print]
12. The role of ERCP in benign diseases of the biliary tract/ ASGE Standards Of Practice Committee: K. V. Chathadi, V. Chandrasekhara, R. D. Acosta, et al.// Gastrointestinal Endoscopy 2015; 81 (4): 795–803

Роль ранней дуоденоскопии при остром билиарном панкреатите в определении показаний к ранней ЭПСТ

Короткевич А. Г., Ярошук С. А., Леонтьев А. С.

НГИУВ, МБЛУ ГКБ № 29

г. Новокузнецк

Актуальность

Проблема острого билиарного панкреатита (ОБП) остается не до конца решенной. Эффективность своевременной инструментальной диагностики и ранней оценки тяжести течения ОБП остается невысокой. Также окончательно не определено место и время дуоденоскопии в комплексе диагностических и лечебных мероприятий. В частности, нет единого мнения о необходимости раннего — при поступлении — выполнения дуоденоскопии, а в рекомендованных стандартах лечения ОБП дуоденоскопия и/или эндоскопическая папиллотомия (ЭПСТ) в срочном порядке показана при быстро прогрессирующей механической желтухе при ущемлении камня в папилле. Однако, эффективность ультразвуковой диагностики напрямую зависит как от качества аппарата и опыта врача, так и степени расширения холедоха и давности заболевания и зачастую при поступлении пациента оказывается невысокой. Вместе с тем, одной из причин ОБП является дисфункция сфинктера Одди. Другими причинами прогрессирования ОБП и желтухи могут быть как аденомы большого дуоденального сосочка, так и собственно папиллиты.

Цель

Оценить потребность в ЭПСТ при раннем использовании дуоденоскопии у больных с ОБП.

Материал и методы

Ретроспективный анализ 220 медицинских карт пациентов с ОБП за 2009–2012 гг. Средний возраст больных составил $54,78 \pm 16,24$ года. Женщин было 141 (64,9%), мужчин — 79 (35,91%). Среднее время заболевания до поступления в стационар $38,03 \pm 17,69$, среднее время выполнения ЭГДС от начала заболевания составил $45,81 \pm 18,39$. Сплошное проспективное исследование 100 больных с острым билиарным панкреатитом выполнено в 2012–2014 гг. Мужчин 39 (39%), женщин — 61 (61%). Возраст $59,27 \pm 16,27$ лет. В работе использовалась международная классификация острого панкреатита (Атланта, 1992). УЗИ проводились на ультразвуковом сканере Assuix XG — компании Samsung Medison (версия XG) по стандартной методике с осмотром хвоста поджелудочной железы в положении пациента лежа на левом боку. Эндоскопический осмотр пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, а также эндоскопические вмешательства на БДС, жел-

чевыводящих протоках проводились с использованием видеоэндоскопической стойки Карл Шторц, Германия с помощью гибких видеогастроскопов PKS 13801 с торцевой оптикой. При трудностях визуализации БДС и/или необходимости ЭПСТ в дополнение к осмотру торцевым видеогастроскопом применялся видеодуоденоскоп Карл Шторц 13885.

Результаты

Длительность заболевания до госпитализации составила до 6 часов — 19%, до 12 часов — 33%, до 24 часов — 17%, до 36 часов — 7%, свыше 48 часов — 24%. Из 220 поступивших пациентов ЭГДС выполнена у 165 (75%) больных в первые сутки госпитального периода. (Табл. 1).

Как видно, абсолютные показания для желчеотведения (ЭРПХГ и ЭПСТ) в первые сутки составили 26% (43 пациента), во вторые сутки — 52% (14 больных), на 3–4 сутки — 32% (9 больных). Относительные показания к ЭРПХГ соответственно составили 12% (19 больных), 48% (13 больных) и 61% (17 больных). В ретроспективном исследовании ЭПСТ всего выполнена 34 больным (16%) с гипербилирубинемией. Еще 34 больным (16%) было осуществлено наружное дренирование холедоха при лапаротомии в связи с острым ущемлением камня, холангитом и рецидивирующей механической желтухой. Всего желчеотведение потребовалось 68 больным (32%).

В проспективном исследовании при УЗИ протоков в 67 случаях (67%) конкрементов в них не выявлено. В 33 наблюдениях (33%) обнаружены конкременты внепеченочных желчных протоков. В 22 (66%) случаях камни носили единичный характер, размер камней составлял от 5 до 22 мм. Чаще камни были свободно смещаемыми и мигрировали в просвете холедоха. В редких случаях встречались фиксированные конкременты, располагавшиеся в дистальной части холедоха.

Виды и частота патологических изменений ДПК у больных ОБП представлены в табл. 2.

Эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРПХГ) в проспективном исследовании выполнена 26 больным с гипербилирубинемией, при которой исследовалось состояние желчевыводящих путей и вирсунгова протока, ЭПСТ у 21 больного.

При этом во всех случаях отмечалось расширение внепеченочных желчных протоков. Диаметр ОЖП достигал от 7 до 30 мм. Сужение терминальной части холедо-

Таблица 1 Результаты первичной дуоденоскопии при ОБП

Эндоскопические находки	1 сутки=165		2 сутки=27		3–4 сутки=28		p
	1		2		3		
	абс	%	абс	%	абс	%	
Разворот привратникакпереди	31	19	5	19	3	11	p1–2=0, 9735 p2–3=0,4118
Сужение просвета ДПК за счет сдавления извне	9	6	5	19	1	4	$\chi^2(1-2)=5,86$, p=0,0155 p2–3=0,0755
Геморрагии и эрозии в луковице ДПК	79	48	13	48	6	21	p1–2= 0,9793 $\chi^2(2-3)=4,34$, p=0,0372
Лимфоангиоэктазии	64	39	11	41	7	25	p=0,8471
Сглаженность складок постбульбарного отдела ДПК	51	31	9	33	11	39	p1–2= 0,8011 p2–3= 0,6464
Стекловидный отек СО по медиальному контуру ДПК	26	16	5	19	3	11	p1–2= 0,7178 p2–3= 0,4118
Продольная складканапряжена	33	20	6	22	2	7	p1–2=0,7902 p2–3= 0,1128
Рубцовая деформация БДС	4	2	9	33	11	39	2(1–2)= 35,12, p1–2= 0,0000 p2–3= 0,6464
Папиллиты	40	24	8	30	6	21	p1–2= 0,5490 p2–3= 0,4852
Парапапиллярный дивертикул	22	13	9	33	9	32	2(1–2)= 5,96 p1–2= 0,0146 p2–3= 0,9251
Ущемленный камень БДС	9	6	8	30	6	21	2(1–2)= 16,8 p1–2= 0,0000 p2–3= 0,4852
Отсутствие поступления желчи	15	9	9	33	6	21	$\chi^2(1-2)= 12,47$ p1–2= 0,0004 p2–3= 0,3217

ха, вызванное отеком головки поджелудочной железы, наблюдалось в 9 случаях (35 %).

Выводы

1. Прямой обтурационный механизм острого билиарного панкреатита (ущемление камня) имеет место в 15 % случаев
2. Напряжение продольной складки, как признак протоковой гипертензии, требующей эпст, при остром билиарном панкреатите встречается в 27 % случаев
3. Отсроченная дуоденоскопия на 2 и 3–4 сутки выявляет в 2 раза чаще показания к эпст, чем в первые сутки
4. Абсолютные показания к эпст и парапапиллярные дивертикулы достоверно чаще выявлялись при отсроченной дуоденоскопии и указывают на запоздлую диагностику
5. Выполнение дуоденоскопии в первые сутки госпитализации позволяет своевременно определить показания к интервенционной эндоскопии и оптимизировать лечение ОБП

Таблица 2. Изменения 12-п.к. при остром билиарном панкреатите (n=100)

Эндоскопические находки	Абс	%
Папиллит	41	41 %
Напряжение продольной складки	25	25 %
Парапапиллярный дивертикул	18	18 %
Отсутствие поступления желчи	18	18 %
Ущемленный камень БДС	15	15 %
Рубцовая деформация БДС	11	11 %
Сужение просвета ДПК за счет сдавления извне	8	8 %
БДС развернут и малоподвижный	8	8 %
Поддавливание БДС	7	7 %
Аденома БДС	7	7 %

Тактика эндоскопического лечения больных механической желтухой методом стентирования желчных протоков

Котовский А. Е., Дюжева Т. Г., Нефедцева В. А.
Первый МГМУ им. И. М. Сеченова

Глебов К. Г., Сюмарева Т. А.
ГКБ № 15 им О. М. Филатова

г. Москва



Котовский А. Е.



Глебов К. Г.



Дюжева Т. Г.

Целью исследования явилась разработка эффективных тактических подходов к эндоскопическому стентированию желчных протоков у больных механической желтухой различного генеза.

Материалы и методы

Эндоскопическое стентирование желчных протоков было выполнено 190 больным при доброкачественных и у 213 — при злокачественных поражениях гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой.

Эндоскопические манипуляции осуществляли в специально оборудованной рентгенооперационной, отдавая предпочтение общему внутривенному обезболиванию, что значительно облегчало проведение эндоскопических операций и легче переносилось больными.

Мы являемся сторонниками комплексного подхода к эндоскопическим лечебно-диагностическим вмешательствам при лечении больных механической желтухой, поэтому всем больным сразу после ретроградной эндоскопической холангиографии стремились выполнить весь возможный спектр эндоскопических ретроградных манипуляций, направленных на восстановление желчеоттока, всеми доступными техническими средствами (эндоскопическая папиллотомия; реканализация, бужирование и эндоскопическая баллонная дилатация желчных протоков; литоэкстракция и литотрипсия).

С целью выяснения темпа желчеоттока нами была использована модифицированная (с введенным с поправочным коэффициентом (-100)) формула ответа желтухи на декомпрессию ЖП, предложенная в 1978 году Т. Shimizu et K. Yoshida —

$$B = -100 \times \frac{(\ln y - \ln A)}{x},$$

где: B — ответ желтухи на декомпрессию, A — исходный уровень билиру-

биемии, y — уровень общего билирубина после декомпрессии, x — количество дней после декомпрессии. Быстрый темп наблюдается при $B > 9$, средний — при $9 > B > 5$, затяжной или медленный при $5 > B > 2,5$ и рефрактерный при $B < 2,5$.

Результаты. Всем больным, которым было выполнено стентирование ЖП, в зависимости от целей мы стремились выбрать оптимальную тактику вмешательства. Всегда осуществляли диагностические и лечебные вмешательства на БСДК и желчных протоках, направленные на восстановление желчеоттока, в первые сутки и одновременно, так как разделение диагностического этапа от этапа восстановления желчеоттока во времени у больных механической желтухой создает большую угрозу для возникновения или обострения гнойного холангита.

У 228 больных стенты устанавливались сразу после доступа к ЖП, а у 175 пациентов мы использовали двухэтапную тактику (I этап — назобилиарное дренирование; II этап — стентирование ЖП). Подобный подход был обусловлен, прежде всего, характером заболевания гепатопанкреатодуоденальной зоны, накопленным на момент вмешательства опытом оценки клинической ситуации, а также реальным материально-техническим обеспечением клиники.

При выборе тактики эндоскопического лечения мы ориентировались на наличие или отсутствие холангита, клинических признаков печеночно-почечной недостаточности, на исходный уровень билирубина сыворотки крови, а также на необходимый в данной клинической ситуации темп билиарной декомпрессии. Все эти показатели определяли последующий алгоритм вмешательства, направленный на восстановление нарушенного желчеоттока.

Наибольшее число осложнений, связанных с декомпрессией желчных

протоколов (постдекомпрессионный синдром) развивается у больных с длительной существующей желтухой и высокими цифрами общего билирубина сыворотки крови (более 140 мкмоль/л). Таким пациентам с целью предотвращения развития постдекомпрессионного синдрома необходима дозированная декомпрессия ЖП. Пациентам с общим билирубином менее 140 мкмоль/л выбор способа и темпа желчеотведения не столь критичны, т.к. количество осложнений значительно меньше.

Одноэтапная тактика ретроградного эндоскопического вмешательства по установке стента в желчные протоки при механической желтухе была использована у 178 больных с доброкачественными и у 50 — со злокачественными заболеваниями ГПЗД. Пластиковый эндопротез был имплантирован в ЖП в 221 случаях, а нитиновый стент установлен 7 пациентам. Это были больные с невысоким уровнем билирубина крови, без признаков холангита и печеночно-почечной недостаточности. У 175 человек использовано двухэтапное эндоскопическое лечение, при этом в 96% случаев (168 больных) причиной МЖ явились злокачественные заболевания ГПЗД и у 7 человек (4%) — доброкачественные заболевания ГПЗД.

С целью определения эффективности билиарного эндопротезирования нами проанализированы данные биохимических показателей сыворотки крови 160 пациентов до и после дренирования ЖП, и которые были разделены на две группы: I группа (n = 75) — с одноэтапным вариантом декомпрессии, II группа (n = 85) — с восстановлением желчеоттока в два этапа.

При оценке динамики биохимических показателей крови у больных, перенесших одноэтапное вмешательство (I группа) нами отмечено, что статистически значимое снижение общего билирубина за счет непрямой фракции, а также 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 (B = 10). При расчете

темпа каждые трое суток выявлено его замедление между 7 и 9 сутками. Таким образом, при выполнении внутреннего желчеотведения с помощью билиарного стента наблюдается быстрый темп декомпрессии ЖП.

В раннем послеоперационном периоде у 228 больных, которым была применена одноэтапная тактика вмешательства в 214 случаях отмечено улучшение общего состояния, уменьшение уровня билирубина крови, снижение клинико-лабораторных признаков интоксикации и они были выписаны на динамическое наблюдение. У 14 пациентов в раннем послеоперационном периоде после установки стента в ЖП развились явления печеночно-почечной недостаточности — постдекомпрессионный синдром, потребовавшей интенсивной консервативной терапии.

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 желчных протоков, ликвидация явлений острого холангита, печеночной недостаточности, интоксикации и улучшение общего состояния больного. НБД мы рассматривали, также и как элемент профилактики развития постдекомпрессионного синдрома. Несмотря на более медленное снижение общего билирубина и показателей холестаза в течение первой недели после билиарной декомпрессии по сравнению с отведением желчи через стент, при одноэтапной тактике вмешательства, ни у одного больного мы не отметили развития тяжелой печеночной недостаточности.

Динамика биохимических показателей сыворотки крови при НБД нами изучена у 85 больных (II группа).

Исходный уровень билирубина выше 200 мкмоль/л был у 50 больных, ниже 200 мкмоль/л — у 35. При этом отмечено, что ответ желтухи на декомпрессию у больных с исходным билирубином до 200 мкмоль/л был средним (B = 8,5), а у больных с билирубином выше 200 мкмоль/л — медленным (B = 5). В среднем к 10–12 суткам после НБД общий билирубин упал в два раза в обеих группах.



Сюмарева Т. А.



Нефедцева В. А.

При анализе влияния исходного уровня гипербилирубинемии на темп декомпрессии ЖП при НБД было выявлено, что достоверное снижение уровня общего и непрямого билирубина относительно исходных показателей происходило на 4–6 сутки декомпрессии, прямого — на 7–9 сутки. На 10–12 сутки отмечали снижение всех фракций билирубина по сравнению с первыми сутками декомпрессии. Достоверное снижение АСТ и ЩФ регистрировали на 4–6 сутки декомпрессии, АЛТ и ГГТП — на 7–9 сутки. Кроме того, к 7–9 суткам отмечали снижение уровня всех ферментов печени относительно уровней первых суток дренирования.

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.

Кроме того НБД позволило нам контролировать желчеотведение и производить по показаниям контрольные фистулохолангиограммы. При этом нормализация реологических свойств желчи (снижение вязкости и увеличение текучести), освобождение ее от примесей и осадков (гной, фибрин, микролиты) в результате назобилиарного дренирования позволила увеличить сроки функционирования пластиковых стентов.

Выводы

Таким образом, исходя из полученных результатов клинического анализа, мы рекомендуем одноэтапно устанавливать билиарный протез только больным в относительно удовлетворительном состоянии при желтухе с цифрами исходного билирубина не выше 140 мкмоль/л и, не сопровождающуюся явлениями холангита.

В других случаях у тяжелых больных с длительно существующей желтухой и высокими цифрами билирубина крови (более 140 мкмоль/л) следует использовать исключительно двухэтапное вмешательство (I этап — назобилиарное дренирование; II этап — эндоскопическое протезирование ЖП).

Установлено, что после дозированной декомпрессии с помощью НБД отсутствует динамика в нарастании полиорганной недостаточности и летальность, непосредственно связанная с осложнениями «быстрой» декомпрессии. Медленный темп декомпрессии ЖП с применением на первом этапе НБД не сопровождается осложнениями постдекомпрессионного синдромом

Наша тактика лечения позволила значительно повысить эффективность эндоскопических вмешательств, снизить количество послеоперационных осложнений, улучшить качество жизни и прогноз течения основного заболевания.

Стентирование Вирсунгова протока, как мера профилактики острого панкреатита после эндоскопических вмешательств на БДС

Кузьмин-Крутецкий М.И., проф., д.м.н., зав. кафедры эндоскопии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», научный руководитель отделения эндоскопии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Сафоев М.И., к.м.н., зав. отделения эндоскопии, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, ассистент кафедры эндоскопии СЗГМУ им. И.И. Мечникова

г. Санкт-Петербург

Введение

Острый панкреатит (ОП) остается самым частым и грозным осложнением после проведения ЭРХПГ и ЭПСТ частота возникновения составляет 3.1%-3.9%, при том средне-тяжелые и тяжелые формы, соответственно, 44% и 11% (Prophylaxis of post-ERCP pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline — Updated June 2014). Принятый термин пост-ЭРХПГ панкреатит (ПЭП) применяется и оправдан, т.к. мы точно можем знать время его начала и прогнозировать риски, как до вмешательства, так и во время его. Меры профилактики ПЭП могоступенчатые и включают в себя анализ степени риска, организационные и фармакологические мероприятия, технические особенности и приемы проведения манипуляций. Стентирование Вирсунгова протока (ВП) является этиопатогенитически оправданным, эффективным (1,3, 4). ESGE (2014) рекомендует установку пластиковых коротких 3-Fr или 5-Fr стентов минимум на 24 часа.

Нами проанализирован опыт 243 эндоскопических вмешательств на БДС из 2890 общего числа выполненных манипуляций за 12 лет. Для стентирования ВП мы использовали пластиковые короткие 3–5 Fr стенты разных фирм-производителей с усиками-ограничителями на дистальном конце во избежания миграции в Вирсунгов проток, такое осложнение описано (7), извлечение стента крайне сложно, и данная ситуация сама по себе опасна и является значительным фактором риска ПЭП. Стентирование проводилось по стандартной методике по проводнику-направителю с эластичным кончиком и выполнено у 42 пациентов.

Сложность ситуации заключается в следующем: необходимость и показания к стентированию ВП встречаются

значительно чаще, чем реальная возможность сделать это. Мы выделяем следующие показания для стентирования ВП:

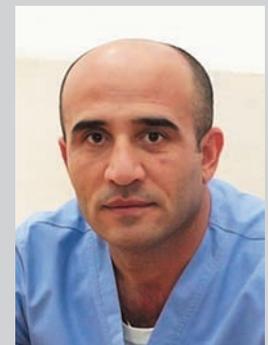
1. многократные канюляции ВП при необходимости и безуспешности канюляции холедоха,
2. «сложные» канюляции с многократными безуспешными попытками селективной канюляции холедоха с переходом на методики предрасщепления игольчатым папиллотомом или с изолированным кончиком (ISO-TOM фирмы MTW),
3. сложные папиллотомии на измененном БДС, когда вероятность коагуляционного и механического повреждения устья ВП велико
4. сложные ЭПСТ с визуализацией устья ВП у больных с высокой степенью прогнозируемого риска ПЭП
5. проведение папиллэктомии при аденомах БДС

Ситуация, когда многократно канюлируется Вирсунгов проток является значимым фактором риска возникновения ПЭП и, на наш взгляд, требует обязательного его стентирования. Терять канюляцию нельзя, при этом, установленный панкреатический стент позволит проводить дальнейшие манипуляции на холедохе (канюляционные и неканюляционные методики биллиарной ЭПСТ, предрасщепление, применение папиллотома с изолированным кончиком ISO-TOM). Проведено успешное стентирование в 16 случаях, ПЭП возник у 3 пациентов и носил легкую форму течения (2) и только субклиническую форму с гиперамилаземией в 1 случае.

После выполнения папиллэктомии стентирование ВП несколько сложнее, чем описанное выше, но возможно и в нашей практике безуспешных случаев не было. Следует отметить, что стентирова-



Кузьмин-Крутецкий М.И.



Сафоев М.И.

ние ВП надо проводить сразу же после резекции опухоли, по «свежему» разрезу, откладывание на несколько часов и тем более на следующий день недопустимо, т.к. панкреатит может развиваться, зона резекции будет отечна с наложением фибрина и устье ВП найти будет трудно. Стентирование проведено в 2 случаях, ПЭП не возникло.

Наибольшие сложности для стентирования ВП представляют трудные канюляции и папиллотомии, обусловленные особенностями взаиморасположения холедоха и ВП в ампуле БДС (анатомические варианты, патологические изменения: папиллостеноз, втянутый БДС, маленькая ампулярная часть, общий канал в ампуле, аденомы, фиброаденоматозная трансформация, опухоли). Вероятность развития ПЭП наиболее высокая, а реальные возможности стентирования ВП небольшие, возникают реальные сложности с визуализацией и поиском устья ВП, а если канюляция ВП удалась стентирование — обязательно. Подобные случаи встречались в 34 (13,9%) случаев из 243 анализируемых, а стентирование было реализовано только в 4 (1,6%) случаях. В этой группе проводился весь комплекс медикаментозной терапии в объеме раннего лечения острого панкреатита непосредственно после завершения манипуляций

не дожидаясь клинических и лабораторных признаков его появления.

Мы так же рекомендуем стентировать ВП в случаях с высокой степенью прогнозирования риска ПЭП, когда после проведения сложного ЭПСТ визуализируется устье ВП — нерационально упускать такую возможность. Стентирование проведено в 22 наших наблюдений. В 6 случаях неудачных попыток стентирования ВП произведена дозированная вирсунготомия, проводился весь комплекс медикаментозной терапии ПЭП. Панкреатит легкой формы развился в 1 случае, а в 3 — была только транзиторная гиперамилаземия не более чем в 3–4 раза выше нормы.

Заключение

Применение всего комплекса мероприятий по профилактике ПЭП позволило нам снизить процент ПЭП до 3,4%, при этом тяжелые и среднетяжелые формы панкреатиты составили 9,1% и 16,3% соответственно. Стентирование ВП является эффективной и действенной мерой профилактики ПЭП, и должна применяться, несмотря, на реальные сложности ее проведения в комплексе с другими мерами профилактики ПЭП.

Литература

1. Afghani E, Akshintala VS, Khashab MA et al. 5-Fr vs. 3-Fr pancreatic stents for the prevention of post-ERCP pancreatitis in high-risk patients: a systematic review and network meta-analysis. *Endoscopy* 2014; 46: 173–80
2. Andriulli A, Forlano R, Napolitano G et al. Pancreatic duct stents in the prophylaxis of pancreatic damage after endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a systematic analysis of benefits and associated risks. *Digestion* 2007; 75: 156–163
3. Chahal P, Tarnasky PR, Petersen BT et al. Short 5Fr vs long 3Fr pancreatic stents in patients at risk for post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009; 7: 834–839
4. Cha SW, Leung WD, Lehman GA et al. Does leaving a main pancreatic duct stent in place reduce the incidence of precut biliary sphincterotomy-associated pancreatitis? A randomized, prospective study. *Gastrointest Endosc* 2013; 77: 209–216
5. Singh P, Das A, Isenberg G et al. Does prophylactic pancreatic stent placement reduce the risk of post-ERCP acute pancreatitis? A meta-analysis of controlled trials. *Gastrointest Endosc* 2004; 60: 544–550
6. Mazaki T, Mado K, Masuda H et al. Prophylactic pancreatic stent placement and post-ERCP pancreatitis: an updated meta-analysis. *J Gastroenterol* 2014; 49: 343–35
7. Price LH, Brandabur JJ, Kozarek RA et al. Good stents gone bad: endoscopic treatment of proximally migrated pancreatic duct stents. *Gastrointest Endosc* 2009; 70: 174–179



Эндоскопическое и морфологическое обоснование папиллосфинктеротомии у пациентов с желчнокаменной болезнью и постхолецистэктомическим синдромом

Леонтьев А. С.,
МБЛУ ГКБ № 29

Короткевич А. Г.
ГБОУ ДПО Новокузнецкий ГИУВ Росздрава,
г. Новокузнецк

Необходимость выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) при холедохолитиазе и сформированном доброкачественном стенозе большого дуоденального сосочка (БДС) не вызывает сомнений. Однако спорным вопросом является выполнение ЭПСТ у пациентов с подозрением на постхолецистэктомический синдром (ПХЭС), частота которого достигает 40% случаев после выполнения холецистэктомии.

Цель

Морфологически обосновать выполнение ЭПСТ у пациентов с ЖКБ и подозрением на ПХЭС.

Материал и методы

Выполнено морфологическое исследование биоптатов из ампулы БДС после ЭПСТ у 31 (70,5%) пациентов с признаками воспаления и конкрементами в желчном пузыре и 13 (29,5%) пациентов с подозрением на ПХЭС. Из них 36 (81,8%), мужчин 8 (18,2%), в возрасте от 25 до 85 лет. После выполнения ЭПСТ торцевым и/или канюляционным папиллотомом, выполняли биопсию из ампулы БДС. Полученный материал фиксировали в 10% растворе формалина. Окраску биопсийного материала проводили гематоксилин-эозином, пикрофуксином и по Ван Гизону. Микроскопию препарата выполняли при помощи микроскопа фирмы Olympus CX-31, при увеличении от 100 до 500. Применяли метод масляной микроскопии.

Результаты

Выполняя рутинную эндоскопическую диагностику у пациентов с воспалительными изменениями и конкрементами в желчном пузыре выявлены: папиллит в 11 (25,0%) и признаки стеноза у 6 (13,6%) пациентов; у пациентов с по-

дозрением на ПХЭС выявлены признаки папиллита в 9 (20,5%) случаев, и стеноз БДС у 4 (9,1%) пациентов.

При гистологическом исследовании у пациентов с холедохолитиазом выявлены признаки хронизации воспаления в ампуле БДС в 22 (71,0%) случаях, признаки очагового и диффузного склероза ткани БДС у 14 (45,2%) пациентов, признаки сформированного стеноза в толще БДС у 3 (9,7%). У 15 (48,4%) пациентов отмечено распространение признаков хронического воспаления на собственную мышечную пластинку с внедрением клеток воспалительного инфильтрата среди мышечных пучков.

Морфологическое исследование у пациентов с подозрением на ПХЭС выявило признаки очагового и диффузного склероза в ампуле БДС у 8 (61,5%) пациентов, признаки сформированного фиброза в 5 (38,5%) случаев. Во всех случаях гистологически выявленного фиброза отмечено распространение зоны фиброза на глубокие отделы, отсутствие железистого аппарата, а также признаки гиалиноза сосудов слизистой оболочки. Отмечено достоверное превышение тяжести морфологических изменений при ПХЭС в сравнении с ЖКБ ($\chi^2=18,45$ ($df=1$); $p=0,0000$).

Выводы

1. Частота морфологической верификации сформированного стеноза в ампуле БДС у пациентов с ЖКБ и ПХЭС составляет 9,7% и 38,5% соответственно.
2. Тяжесть морфологических изменений в ампуле БДС при ПХЭС преобладает над изменениями при ЖКБ.
3. ЭПСТ может являться методом выбора при патологических изменениях и подозрении на стеноз БДС.



Леонтьев А. С.



Короткевич А. Г.

Структура морфологических изменений в ампуле большого дуоденального сосочка у пациентов с желчнокаменной болезнью

Леонтьев А. С., Аксенов П. В.
МБЛПУ ГКБ № 29

Короткевич А. Г., Бондарев О. И., Бугаева М. С.
ГБОУ ДПО Новокузнецкий ГИУВ Росздрава

Тараскина Е. Б.
МБЛПУ ГКБ № 5

г. Новокузнецк

Количество пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) не имеет тенденции к снижению и по экспертным оценкам в следующие десятилетия может быть увеличено более чем в несколько раз. Данные о морфологических изменениях в ампуле большого дуоденального сосочка (БДС) при ЖКБ немногочисленны и подлежат обсуждению.

Цель

Прижизненное морфологическое исследование биоптатов из ампулы БДС у пациентов с ЖКБ.

Материал и методы

Исследованы прижизненные биоптаты из ампулы БДС после ЭПСТ у 34 пациентов с ЖКБ. Из них женщин 28 (82,3%), мужчин 6 (17,7%), в возрасте от 25 до 82 лет. Пациентов с острым холециститом — 13 (38,2%), с хроническим холециститом 18 (53,0%), с подозрением на постхолецистэктомический синдром — 3 (8,8%) пациента. ЭПСТ выполняли торцевым либо канюляционным папиллотомом. Биопсия выполнялась после ЭПСТ, минимум из 2-х участков в ампуле БДС (при отступлении от мест контакта с электродом). Полученный материал фиксировали в 10% растворе формалина. Окраску биопсийного материала проводили гематоксилин-эозином, пикрофуксином и по Ван Гизону. Микроскопию препарата выполняли при помощи микроскопа фирмы Olympus CX-31, при увеличении от 100 до 500. Применяли метод масляной микроскопии.

Результаты

Признаки хронического воспаления в ткани ампулы БДС выявлены в 22 (64,7%) случаев, признаки се-

розно-гнойного воспаления в 2 (5,9%), образование участков некрозов имело место в 3 (8,8%) случаях, признаки фиброза в ампуле БДС у 14 (41,2%) пациентов, гистологические признаки сформированного стеноза в 3 (8,8%) случаях.

В группе пациентов с острым холециститом выявлены признаки хронического воспаления в 5 (38,4%), признаки очагового и диффузного склероза в ампуле БДС у 6 (46,2%) пациентов, признаки сформированного стеноза у 1 (7,7%).

В группе пациентов с хроническим холециститом выявлено наличие признаков хронизации воспалительного процесса в ампуле БДС у 6 (33,3%) пациентов, наличие очагов очагового и диффузного склероза в 8 (44,5%) случаях и признаки фиброза ампулы БДС у 4 (22,3%) пациентов.

В группе пациентов с ПХЭС выявлены признаки склероза с очаговыми и диффузными проявлениями в 1 (33,4%) случае и сформированный фиброз у 2 (66,7%) пациентов. Существенные различия выявлены между частотой рубцовых изменений в ампуле БДС среди холециститов и ПХЭС ($\chi^2=5,54$ ($df=1$); $p=0,0183$).

Вывод

1. Наиболее часто встречаемыми морфологическими изменениями в ампуле БДС при ЖКБ являются признаки хронического воспаления с инициацией процессов фиброобразования, что составляет 64,7% и 41,2% соответственно.
2. При ПХЭС тяжесть морфологических изменений существенно превышает таковую при острых и хронических холециститах.

Внутрипросветное эндоскопическое лечение обструкций и повреждений внепеченочных желчных путей

Мерзляков М. В., Староверов Н. Н., Хапаева Т. Н., Мироненко Т. В., Шапкин А. А.

ГАУЗ Кемеровская областная клиническая больница

Кафедра факультетской хирургии и урологии ГБОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия

г. Кемерово

Хирургические вмешательства в области развилки желчных протоков (при их обструкции), представляют определенные трудности для хирургов, что связано, прежде всего, со сложностью выполнения операции, а также тяжестью состояния данной категории пациентов. (Сипливый В. А., Береснев А. В. 2005). Высокий операционно-анестезиологический риск, связанный с выраженным эндотоксикозом, большой технической сложностью и травматичностью любого вида как радикальных, так и паллиативных операций. Возникающий синдром механической желтухи с развитием печеночной и почечной недостаточности, тромбо-геморрагического синдрома и холемических кровотечений, гнойного холангита и холангиогенных абсцессов печени, сепсиса и других осложнений, приводят к развитию полиорганной недостаточности (Charbel H., Al Kawas F. H. 2011).

Эпидемиология раков желчевыводящей системы (РЖС) в странах Западной Европы и Северной Америки составляет 15 случаев на 100000 жителей. В странах Ближнего и Среднего Востока, Северной Африки заболеваемость РЖС гораздо выше и составляет до 96 пациентов на 10000 населения. (Khan S. A., Toledano M. B. 2008). В России, официальная статистика говорит о редкости болезни (не превышает 2,3/100000 жителей). (Blokhin Russian Cancer Research Center RAMS 2010). В Кузбассе за период 2011–2014 г.г. наблюдался 41 пациент с раком внутрипеченочных желчных протоков и внепеченочных желчных протоков. (КО-МИАЦ Кемеровской области 2015)

Позднее обращение за медицинской помощью, отсутствие онконастороженности у врачей первичного звена, полиморфность клинических проявлений, отсутствие патогномичных признаков заболевания вследствие высокой компенсаторной возможности печени,

несовершенство лабораторных и инструментальных диагностических мероприятий. Пациенты поступают в специализированный стационар уже с возникшими осложнениями, что делает невозможным одномоментное хирургическое лечение (Дудин А. М., Кузьменко А. Е. 2002, Kawasaki S., Imamura H., Kobayashi A. 2003).

Синдром Мирizzi «редкое» заболевание желчевыводящих протоков, диагностируется у 0,5–6% больных с различными формами желчнокаменной болезни (Гальперин Э. И., 2006. Майстренко Н. А., 2009). Клиническая картина данной патологии разнообразна и неспецифична. Нет четкого оформления алгоритма действия врача, неоднозначные рекомендации по хирургической тактике и как следствие — высокие цифры послеоперационной летальности до 20% (Савельев В. С., Ревякин В. И., 2009).

Правильный дооперационный диагноз устанавливается в 12,5%–21,9%, трудности разобщения холецисто-холедохоальной фистулы, сложность закрытия дефекта общего печеночного протока, так же делают невозможным одномоментное хирургическое лечение. (Шейко С. Б., 2009; Madden B., Charokopos N., 2010).

В настоящее время при существующем многообразии вариантов лечебной тактики большинство авторов считают оптимальным проведение лечения больных с механической желтухой (МЖ) в два этапа. (Данилов М. В., Глабай В. П., 1997). На первом этапе одномоментная или пролонгированная декомпрессия, санация желчного пузыря или желчных протоков, что позволяет купировать клинические и воспалительные проявления болезни, второй, основной, этап хирургического лечения — устранить причину, вызвавшую МЖ. Такая тактика лечения позволяет



Мерзляков М. В.



Рис. 1. Эндопротез установлен по методике Стент в стент

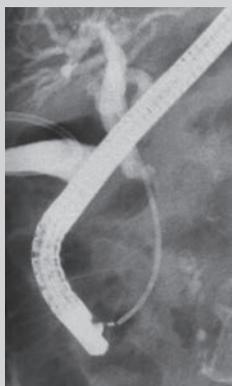


Рис. 2. Экстракорпоральное сдавление холедоха в интрапанкреатической части



Рис. 3. Эндопротез установлен в зону сужения. Пассаж желчи восстановлен



Рис. 4. В терминальном отделе затек контраста в брюшную полость

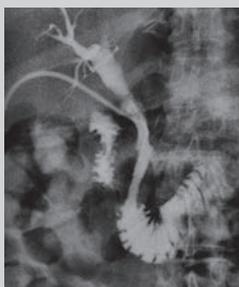


Рис. 5. Фистулография после эндопротезирования. В просвете холедоха, эндопротез, при контрастировании, затеков нет

добиться уменьшения количества послеоперационных осложнений и снижения уровня общей летальности (Cotton P. B. 1990).

Цель

Оценить возможность применения эндоскопического внутрисветного каркасного эндопротезирования внепеченочных желчевыводящих протоков при обструкциях и повреждениях.

Группы исследования: 8 пациентов (период наблюдения с 2011–2015 гг): Возраст от 50 до 92 лет. Мужчин — 2 человека, женщин — 6 человек.

1 группа: Пациенты с признаками (опухолевого) обструкции — четыре — пациента с опухолью Клацкина, один — пациент с опухолью головки поджелудочной железы.

2 группа: Пациенты с повреждением холедоха (при органических заболеваниях): один — пациент с наружным желчным свищом, два — пациента с синдромом Мириizzi (с грубой соматической патологией, исключающей радикальное вмешательство), один пациент с повреждением терминального отдела холедоха при панкреонекрозе.

Параметры патологических изменений: жалобы на наличие желтухи, билирубин крови 70.0 мкмоль/л — 512 мкмоль/л.

Всем пациентам выполнялась ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), с эндопротезированием стентами EGIS BiliaryStentBiotech INC. DoubleCovered, с мембранным покрытием

Результаты лечения в 1 группе

- Пациент с опухолью головки поджелудочной железы — оперирован. Наблюдение 8 месяцев — без ухудшения.
- 1 Пациент релентирован через два года вследствие разрушения стента, (летальный исход через 6 месяцев, распространенность процесса, множественные метастазы). Рис. 1.
- 1 Пациент — летальный исход через 5 месяцев от установки стента (распространенность процесса, множественные метастазы).
- 1 Пациент — оперирован Кемеровском областном гепатологическом центре, после стентирования холедоха и разрешения механической желтухи. Рис. 2. Рис. 3.
- 1 Пациент — летальный исход (погрешность при установке, миграция стента).

Результаты лечения в 2 группе

- Пациент с наружным желчным свищом после эндопротезирования — выздоровление.
- 2 — пациента с синдромом Мириizzi, сроки наблюдения — 24 и 36 месяцев (периодически наблюдаются атаки холангита, купируемые курсами антибактериальной терапии). Эндопротезы функционируют.
- У пациента с деструкцией терминального отдела холедоха при панкреонекрозе после эндопротезирования на фоне лечения основного заболевания, положительная динамика. Рис. 4. Рис. 5.

Клинический пример, на основе которого описаны осложнения стентирования холедоха.

Пациентка 92 лет с сахарным диабетом 1 типа, Ампутационные культы левой голени и правого бедра. Артериальная гипертензия III ст., риск 4 ХСН — I. Патологическая извитость внутренней сонной артерии слева. Нарушение толерантности к углеводам. Риск — 4. ОНМК (остаточные явления ОМНК)

22.07.13 г. установлен диагноз: опухоль Клацкина. МЖ ср. степени тяжести по Федорову. 16.07.13 г. РХПГ, «потерянный дренаж» правого желчного протока, показатели билирубина крови нормализовались, кожа нормальной окраски, купирование зуда кожи.

16.10.13 г. жалобы на желтуху, слабость, потливость, ознобы. Повышением уровня билирубина, воспалительным ответом крови.

22.10.13 г. Удаление «потерянного дренажа», в просвет правого печеночного протока установлен саморасправляющийся покрытый стент EGIS. Получено до 50.0 мл сливкообразного гноя

26.10.13 г. желтуха, нарастание билирубина крови.

27.10.13 г. Попытка репозиции, низведение стента в нижнюю треть холедоха.

28.10.13 г. Безуспешная попытка эндопротезирования правого печеночного протока.

21.11.13 г. Летальный исход от полиорганной недостаточности.

Выводы

1. Эндоскопическое билиодуоденальное протезирование — надежный метод разрешения механической желтухи у больных с окклюзионными поражениями внепеченочных желчных протоков при отсутствии органических препятствий для выполнения ретроградных вмешательств.
2. После ликвидации желтухи появляется возможность для углубленного обследования пациента и индивидуального решения вопроса о способе завершения лечения (эндопротезирование, плановое хирургическое радикальное или паллиативное вмешательство).
3. У больных с распространенными опухолевыми поражениями панкреатобилиарной зоны, сопровождающимися механической желтухой, эндоскопическое билиодуоденальное протезирование вправе быть окончательным методом лечения при невозможности выполнения хирургического вмешательства.
4. Постоянное каркасное билиарное эндопротезирование имеет перспективу использования в сложных случаях хирургического лечения осложненного течения желчнокаменной болезни с формированием холецисто-холедохеальных свищей.

Возможности эндоскопических транспапиллярных методик в лечении хронического панкреатита. Клинический случай

Морозов Д. М., врач-эндоскопист

Березняковский А. А., зав. эндоскопическим отделением, врач-эндоскопист,

ГБУЗ ЯО «Городская больница № 1»

г. Рыбинск

В структуре заболеваемости органов желудочно-кишечного тракта хронический панкреатит (ХП) составляет от 5,1 до 9%, а в общей клинической практике — от 0,2 — до 0,6%. За последние десятилетия отмечена общемировая тенденция к увеличению заболеваемости острым панкреатитом и ХП более чем в 2 раза. Если в 80-е годы частота ХП составляла 3,5–4,0 на 100 тысяч населения в год, то в последнее десятилетие отмечен неуклонный рост частоты заболеваний поджелудочной железы, поражающих ежегодно 8,2–10 человека на 100 тысяч населения Земли. В странах Западной Европы заболеваемость ХП составляет от 2 до 10 больных на 100 тыс. населения ежегодно. В США уровень смертности от ХП на 100 тыс. населения за последние 30 лет возрос в 2 раза. Наиболее часто заболевание диагностируется в возрасте 40–60 лет. В России за последние 10 лет увеличилась в 3 раза.

У подавляющего большинства больных ХП главным этиологическим фактором является хронический алкоголизм, а также изменения в билиарной системе печени. Основным методом лечения при не осложнённом ХП у большинства больных — консервативная терапия; при ее неэффективности и возникновении серьезных осложнений прибегают к хирургическим вмешательствам, которые носят, как правило, симптоматический характер. Отдаленные результаты лечения больных ХП пока еще нельзя признать вполне удовлетворительными. Несмотря на большие достижения в диагностике и лечении больных ХП за последние 2–3 десятилетия, данная проблема сохраняет актуальность прежде всего ввиду быстрого появления и развития новых малоинвазивных, эффективных лечебно-диагностических технологий. В настоящее время выбор консервативных или хирургических методов лечения при ХП в ведущих лечебно-профилактических учреждениях становится все более индивидуальным, учитывающим клинико-морфологические критерии каждого конкретного больного. Предпочтение отдается мало инвазивным методам.

Клинический случай

Пациент (мужчина 43 года) поступил в хирургический стационар с жалобами на боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, вздутие живота, рвоту.

Из анамнеза было известно, что за предшествующие десять месяцев госпитализировался в хирургической стационар с аналогичной клинической картиной три раза, пациенту проводилось консервативное лечение,

выписывался в удовлетворительном состоянии. В периоды между обострениями отмечал периодические, умеренно выраженные боли в эпигастрии. Лекарственный анамнез без особенностей. Алкоголь не употребляет. Аллергических реакций не отмечено.

Из лабораторных данных отмечен повышенный уровень амилазы крови.

УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства: признаки хронического панкреатита. Панкреатический проток расширен.

ЭРХПГ: Большой сосок ДПК и малый сосок ДПК расположены типично, не изменены. Желчные пути без особенностей. Главный панкреатический проток S-образный, на всём протяжении неравномерно расширен (в головке до 0,8 см, в теле до 5 мм, в хвосте до 3 мм), с неровными контурами, без явных стриктур, с двумя округлыми дефектами наполнения до 0,4х0,7 см в просвете (конкременты). Данная картина соответствует 4му типу изменений главного панкреатического протока по Кембриджской классификации (M. Cremer, 1991). Заключение: панкреатиколитиаз.

Рис 1.

Пациенту был выставлен диагноз: Хронический калькулёзный панкреатит.

В качестве вариантов лечения рассматривались открытая продольная панкреатикоэюностомия и эндоскопическая ретроградная литоэкстракция. Предпочтение было отдано второй методике по причине малой инвазивности.

Была выполнена эндоскопическая ретроградная билиарная и панкреатическая сфинктеротомия канюляционным способом, ретроградная панкреатическая литоэкстракция по стандартной методике. После комплексной консервативной терапии пациент выписан в удовлетворительном состоянии, находился под наблюдением у гастроэнтеролога.

Через 1,5 года после литоэкстракции пациент госпитализирован с подозрением на обострение хронического панкреатита (жаловался на средне выраженные боли в верхних отделах живота без иррадиации), где было проведено комплексная консервативная терапия, дообследование.

Данные УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства — главный панкреатический проток расширен, конкременты не выявлены.

Данные МРТ брюшной полости и забрюшинного пространства: расширение главного панкреатического

протока в головке и теле железы, подозрение на стеноз терминального отдела протока, подозрение на наличие конкремента в главном панкреатическом протоке.

Данные ЭРХПГ: большой сосок ДПК и малый сосок ДПК расположены типично, большой сосок ДПК с изменениями после рассечения. Желчные пути без особенностей. Главный панкреатический проток S-образный, на всём протяжении расширен (в головке до 1,0см, в теле до 5–7мм, в хвосте до 3–4мм), с неровными контурами, в головке выявлены множественные дефекты наполнения неправильной формы. Заключение: панкреатиколитиаз, подозрение на стеноз терминального отдела главного панкреатического протока.

Была выполнена корректирующая эндоскопическая панкреатическая сфинктеротомия, эндоскопическая литоэкстракция, санация главного панкреатического протока. Для профилактики рестеноза в области сфинктеротомии выполнено временное эндоскопическое ретроградное панкреатодуоденальное стентирование полимерным рентгеноконтрастным эндопротезом типа Soehendra-Tannenbaum диаметром 8,5fr, длиной 5см. Предполагаемый срок стояния стента — 6 месяцев.

Через 6 месяцев выполнено извлечение частично обтурированного стента, ревизия и санация главного панкреатического протока, контрольная панкреатикография: главный панкреатический проток до 0,8см в головке, до 0,5см в теле и до 0,3см в хвосте, контуры несколько неровные, дефектов наполнения нет. Данная картина соответствует 4му типу изменений главного панкреатического протока по Кембриджской классификации (M. Cremer, 1991).

На данный момент (17й месяц после удаления временного панкреатикодуоденального эндопротеза) пациент находится под наблюдением у гастроэнтеролога, жалоб не предъявляет.

Заключение

Эндоскопические ретроградные методики эффективны и малоинвазивны, достаточно безопасны в лечении ряда заболеваний билиопанкреатодуоденальной



Рис. 1. Рентгенограмма, полученная при выполнении эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии: 1 - Желчный пузырь, 2 - Общий желчный проток, 3 - Главный панкреатический проток, 4 - Конкременты

области, в частности при лечении форм хронического панкреатита, связанных с обструкцией протоковой системы поджелудочной железы. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография по прежнему может носить самостоятельный диагностический характер для уточнения состояния протоковых систем поджелудочной железы и печени. Данные эндоскопические методики технически относительно просты, безопасны, доступны, экономически оправданы, могут являться альтернативой классическим хирургическим дренирующим методикам. В тоже время эти методики требуют строгого соблюдения техники и методологии выполнения для предотвращения ранних и отдалённых послеоперационных осложнений.

Алгоритм морфологической верификации очаговых образований поджелудочной железы, сопровождающихся синдромом механической желтухи

Неустроев В.Г., зав. отделом эндоскопии

Владиминова А.А., врач-эндоскопист, Казакова Е.В., врач-эндоскопист

Кыштымova А.Н. врач-цитолог отдела патоморфологии, Петрова Я.С., врач-цитолог отдела патоморфологии

ОГАУЗ Иркутский областной диагностический центр

г.Иркутск



Неустроев В.Г.

Актуальность проблемы

По данным Ю.И. Патютко и А.Г. Котельникова рак головки поджелудочной железы (ПЖ) составляет 59–87% опухолей ПЖ [1]. Ввиду сложности диагностики и неспецифичности проявлений в 60–90% случаев механическая желтуха является первым симптомом заболевания [2]. С точностью от 94 до 100% ЭУС панкреато-билиарной зоны позволяет установить диагноз, оценить местную распространенность процесса, перспективы радикального оперативного лечения и возможные особенности выполнения ЭРХПГ и стентирования холедоха с целью разрешения желтухи [3]. По данным разных авторов разные способов морфологической верификации диагноза имеют разную чувствительность: браш-биопсия из холедоха 50–73,9%, внутрипротоковая биопсия 42,8–53,4%, комбинация биопсии и браш-биопсии 53,7–64,8%, тонкоигольная пункция под ЭУС-контролем 72,1–94% [4–7].

Материалы и методы

В исследование включены 333 пациента (с 2004 по 2014 гг.), которым выполнялось и ЭУС панкреато-билиарной зоны, и ЭРХПГ с целью дренирования холедоха и разрешения желтухи. Успешность стентирования возросла с накоплением опыта и в среднем составила 78,9% (263/333): до 2011–76,9% (110/143); в 2012–78,3% (47/60); в 2013–81,4% (57/70); в 2014–87,5% (49/56).

У 100 пациентов во время ЭРХПГ по разным причинам не проводились попытки браш-биопсии из холедоха (явное прорастание опухоли в просвет ЖКТ, опухолевый стеноз ДПК, ранее установленный морфологический диагноз).

Оценка эффективности браш-биопсии проводилась в группе из 233 па-

циентов, у 46 из которых она была дополнена биопсией и мазками-отпечатками из места предполагаемого по ЭУС прорастания опухоли в стенку ДПК.

Для взятия браш-биопсии использовались цитологические щетки Olympus и MTW.

Чувствительность браш-биопсии из холедоха и комбинации браш-биопсии и биопсии из участков, подозрительных на прорастание (2004–2014, N=233) представлена в таблице № 1.

Обсуждение

Наиболее точным на сегодняшний день малоинвазивным методом морфологической верификации очагового образования ПЖ является тонкоигольная пункция под контролем ЭУС. Оправданность применения этой методики при обнаружении очагового образования в паренхиме железы, не сопровождающегося механической желтухой, не подлежит сомнению. Однако, при развитии механической желтухи на первый план выступает необходимость дренирования холедоха (временного или окончательного). Комбинация ЭУС и ЭРХПГ позволяет установить диагноз (в том числе с морфологическим подтверждением); определить предполагаемую хирургическую тактику по распространенности процесса и дренировать холедох (временно или окончательно).

Мы считаем, что проведение браш-биопсии из холедоха и биопсии из предполагаемого прорастания опухоли в ДПК имеет преимущества, так как проводятся параллельно устранению механической желтухи, минимально инвазивны, более доступны и проще выполнимы, чем пункция под контролем ЭУС, клинически и экономически целесообразны, достаточно информативны.

Таблица 1. Чувствительность браш-биопсии из холедоха и комбинации браш-биопсии и биопсии из участков слизистой ДПК, подозрительных на прорастание опухоли головки поджелудочной железы (по годам)

	2003–2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Браш-биопсия	60,4	73,5	67,3	74,3
Браш-биопсия + биопсия	62,5	79,6	73,1	82,9

С накоплением опыта возрастает и успешность стентирования, и результативность морфологической верификации диагноза. На наш взгляд, повысить результативность браш-биопсии позволили некоторые технические особенности и приемы. Щетки обязательно проводились за область стриктуры не менее 2 раз, при этом инструмент проводился по проводнику или рядом с ним. Мы выполняли не менее 10 пазов на уровне стриктуры, при этом отметили, что лучше «собирают» клеточный материал более «пушистые» щетки с более жесткими щетинками.

Все вышесказанное позволило сформулировать алгоритм, принятый в отделе эндоскопии ИОДЦ при обнаружении очагового образования ПЖ, подозрительного в отношении рака.

При выявлении на ЭУС очага в головке ПЖ, сопровождающегося механической желтухой и подозрительного в отношении рака, выполняем ЭРХПГ с попыткой стентирования и браш-биопсией из холедоха. При подозрении на прорастание стенки ДПК (по результатам ЭУС) дополнительно берем биопсию и мазки-отпечатки из предполагаемого места прорастания. При наличии

очага в головке ПЖ с механической желтухой и отсутствии подтверждения диагноза после ЭРХПГ с браш-биопсией проводим пункцию очага под ЭУС-контролем.

Выводы

1. Для морфологического подтверждения диагноза необходимо применение всех доступных методов диагностики в определенной последовательности.
2. В случае развития механической желтухи после диагностической ЭУС наиболее целесообразна попытка проведения ЭРХПГ с ЭПСТ, браш-биопсией из холедоха, стентированием холедоха.
3. В случае подозрения на прорастание опухоли стенки ДПК (по результатам ЭУС) высокой информативностью обладает «лестничная» биопсия, выполненная с помощью дуоденоскопа.
4. В случае отсутствия подтверждения диагноза после стентирования и браш-биопсии, а также при очаговых новообразованиях ПЖ без желтухи показана пункция под ЭУС-контролем.
5. Точность морфологического диагноза возрастает при накоплении опыта всеми участниками процесса.

Литература

1. Ю.И. Патютко, А.Г. Котельников Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны.— М.: ОАО «Издательство «Медицина»,— 2007 .— 448 с.
2. Kalsen, M. H. Pancreatic cancer-assessment of prognosis by clinical presentation / M. H. Kalsen, J.M. MacIntyre, J. Barkin // *Castr.*— 1983.— 84.— P. 1202.
3. ЭУСбука: Руководство по эндоскопической ультразвукографии.— М.: Практическая медицина, 2013.— 400 с.
4. A prospective, comparative trial to optimize sampling techniques in EUS-guided FNA of solid pancreatic masses / J. K. Lee [et al.] // *GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY*, 2013.— V.77, No. 5,— P. 745–751.
5. <http://www.usendoscopy.com/~media/Files/Documents/Poster/Diehl-Infinity-Poster-2013.pdf>
6. EUS-FNA is superior to ERCP-based tissue sampling in suspected malignant biliary obstruction: results of a prospective, single-blind, comparative study / F. Weilert [et al.] // *GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY*, 2014.— V.80, No. 1,— P. 97–104.
7. Comparative effectiveness of biliary brush cytology and intraductal biopsy for detection of malignant biliary strictures: a systematic review and meta-analysis / U. Navaneethan [et al.] // *GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY*, 2015.— V.81, No. 1,— P. 168–176.

Эндоскопические способы внутреннего дренирования псевдокист поджелудочной железы

Нечипай А. М., д.м.н., проф., Бурдюков М. С., к.м.н., доц., Коржева И. Ю. д.м.н., Комиссаров Д. Ю., врач-эндоскопист

ГБУЗ ГКБ им. С. П. Боткина, ГБОУ ДПО РМАПО кафедра эндоскопии

г. Москва

Введение

Формирование псевдокисты поджелудочной железы является одним из возможных исходов острого панкреатита. Сроки формирования псевдокисты обычно составляют 4–6 недель после приступа острого панкреатита. С учетом патоморфоза, происходящего при формировании псевдокисты, выделяют 4 вида жидкостных скоплений: пери- и интрапанкреатическое скопление секрета поджелудочной железы (до 4 недель), интрапанкреатический выпот с разрушением структуры поджелудочной железы (от 4 недель), стерильный/инфицированный сформированный некроз (Michael G. Sarr / 2012 revision of the Atlanta Classification of acute pancreatitis). С учетом характера выпота были разработаны варианты дренирования означенных жидкостных скоплений. Одним из способов является дренирование под контролем эндоскопической ультрасонографии — формирование цистогастростомы или цистодуоденостомы (ЭУС-ЦГС, ЭУС-ЦДС). Данный способ дренирования был впервые описан Kozarek RA et al. (Gastrointest Endosc 1985;31:322). К настоящему времени известен ряд вариантов и модификаций таких малоинвазивных вмешательств, отличающихся как по технике выполнения, так и по типу используемого дренирующего устройства. С учетом известного мирового опыта, данная методика была внедрена в клиническую практику ГКБ им. С. П. Боткина М. С. Бурдюковым в 2014 году.

Материалы и метод

В период с мая 2014 по декабрь 2015 г. было выполнено 25 интервенционных ЭУС-ЦГС с целью дренирования псевдокист поджелудочной железы (муж. 19, жен. 6, средний возраст — 47,7 года). Псевдокисты локализовались в головке (9), теле (11) и хвосте (5) ПЖ, соответственно. Средний размер кист составил 65 ± 50 мм. Эхографическими признаками инфицирования обладали 10 из 25 псевдокист. С учетом особенностей локализации кист было выполнено формирование цистогастроанастомоза (20) и цистодуоденоанастомоза (5). Показаниями для выполнения ЭУС-ЦГС/ЦДС явились: 1) жидкостные включения при остром панкреатите (< 4 недель) — 1 больной; 2) псевдокисты (> 4 недель) — 20 пациентов; 3) некротические включения при панкреонекрозе (< 4 недель) — 3 больных; 4) деструктивный панкреонекроз с парапанкреатическими затеками (> 4 недель) — 1 пациент.

В 10 наблюдениях в качестве дренирующего устройства были использованы металлические само-

раскрывающиеся стенты, в 13 — различные сочетания количества и типов пластиковых стентов, в 2 — выполнялось пункционное опорожнение псевдокисты путем вакуумной аспирации содержимого. При наличии признаков инфицирования в 3 из 8 наблюдений дополнительно был установлен цистоназальный дренаж по типу «стент-в-стент». Все интервенционные вмешательства выполнялись под внутривенной седацией.

Результаты и их обсуждение

Техническая успешность дренирования псевдокист ПЖ достигнута в 100% случаев. Осложнения и побочные эффекты (4–27%), возникшие во взаимосвязи с выполненными вмешательствами, были условно разделены на: возникшие в ходе последних, а также, развившиеся в ближайшем и в отдаленном послеоперационном периодах. В 1 случае в ходе выполнения этапа пункционного формирования цистогастростомы при баллонной дилатации пункционного канала возникло арозивное кровотечение (кровопотеря до 300 мл), окончательно остановленное эндоскопическим способом. В 2 случаях произошло инфицирование псевдокисты, потребовавшее в 1 из этих двух наблюдений дополнительной установки цистоназального дренажа и активной санации полости псевдокисты растворами антисептиков, в другом случае гнойно-воспалительный процесс распространился на парапанкреатическую клетчатку, что потребовало выполнения традиционного хирургического вмешательства. В 1 случае (из-за несоблюдения пациентом рекомендованных сроков контрольного обращения для удаления стента после завершения процессов репарации полости псевдокисты) в отдаленном периоде произошло врастание грануляционной ткани через непокрытую часть ячеекчастично покрытого металлического самораскрывающегося стента: эндоскопические попытки удаления стента оказались безуспешными, стент оставлен. Летальность, ассоциированная с выполнением вмешательств либо с развившимися в последующем осложнениями, отсутствовала.

Заключение

Малоинвазивное эндоскопическое дренирование является эффективным методом лечения больных с постнекротическими кистами ПЖ, обеспечивающим полную регенерацию патологического очага. Результаты эндоскопического лечения, вследствие его малой травматичности, существенно влияют на сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре и обеспе-

чивают достижение надлежащего уровня качества их жизни. При выборе способа эндоскопического дренирования псевдокист ПЖ предпочтение должно отдаваться методике установки покрытых СРМС, которая может быть рекомендована в качестве метода первой

линии. Удаление стентов должно выполняться не ранее 2 месяцев после их установки и инструментального подтверждения полного регресса полости кисты, в последующем целесообразно динамическое наблюдение за пациентом.

Эндосонографические критерии дифференциальной диагностики рака поджелудочной железы и хронического панкреатита

А. М. Нечипай, д.м.н., проф., М. С. Бурдюков, к.м.н., доц., И. Н. Юричев, к.м.н., И. Ю. Коржева, д.м.н., Д. Ю. Комиссаров, врач-эндоскопист

ГБУЗ ГКБ им. С. П. Боткина, ГБОУ ДПО РМАПО МЗ России

г. Москва

Рак поджелудочной железы (ПЖ) занимает одно из ведущих мест по заболеваемости и смертности среди онкологических заболеваний органов пищеварения. Пик заболеваемости приходится на 60–80 лет. При хроническом панкреатите (ХП) риск возникновения рака ПЖ в 20 раз выше, чем в популяции (Krejs G. J. Pancreatic cancer: epidemiology and risk factors//Digestive Diseases — 2010. — Vol. 28, № 2. — P. 355–358). Диагностика рака ПЖ представляет собой одну из сложных проблем онкологии, заболевание чаще выявляется на терминальной стадии, при этом к моменту установления диагноза резектабельность опухоли не превышает 10–15%, в остальных случаях обнаруживается нерезектабельная опухоль или отдаленные метастазы (Кармазановский Г. Г., Кубышкин В. А., Вишневский В. А., Яшина Н. И. и др. Хронический псевдотуморозный панкреатит. Возможности дифференциальной лучевой диагностики// Материалы I Конгресса Московских хирургов. Неотложная и специализированная помощь. — Москва, 2005. — С. 300; Путов Н. В., Артемьев Н. Н., Коханенко Н. Ю. Рак поджелудочной железы. — М.: Питер, 2005. — 396 С).

В диагностике рака ПЖ широко применяются КТ, МРТ, УЗИ брюшной полости и эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) (Bronstein YL, Loyer EM, Kaur Het al. Detection of small pancreatic tumors with multiphasic helical CT. AJR Am J Roentgenol 2004; 182(3):619–623; Bipat S, Phoa SS, van Delden OM et al. Ultrasonography, computed tomography and magnetic resonance imaging for diagnosis and determining resectability of pancreatic adenocarcinoma: a meta-analysis. J Comput Assist Tomogr 2005; 29(4):438–445), обладающие различной диагностической эффективностью. Гипо- и гипердиагностика, свойственная каждому из этих методов, приводят к неправильной тактике — динамическому наблюдению вместо оперативного лечения при недиагностированном раке ПЖ, либо к необоснованному выполнению панкреато-дуоденальной резекции при ошибочно установленном диагнозе рака ПЖ у больных с ХП. Повышает эффективность диагностики выполнение тонкоигольной биопсии (ЭУС-ТИП) при проведении ЭУС (Suits J, Frazee R, Erickson RA. Endoscopic ultrasound and fine needle aspiration for the evaluation of pancreatic masses. Arch Surg 1999; 134(6):639–642; discussion 642–3; Frazee RC, Singh H, Erickson RA. Endoscopic ultrasound for peripancreatic masses. Am J Surg 1997; 174(6):596–598; discussion 598–9).

Морфологическая идентификация характера изменений по биопсийному материалу позволяет в значительном числе случаев установить диагностическую истину при трудном дифференциальном диагнозе между раком ПЖ и индуративным (головчатым) панкреатитом, а выявление мутации KRAS в материале, полученном при ЭУС-ТИП из ткани патологического очага, достоверно связано со злокачественным поражением ПЖ (Khalid A., Dewitt J. Ohori N. P. et al. EUS-FNA Mutation Analysis in Differentiating Autoimmune). Специфичность и чувствительность ЭУС, дополненной ЭУС-ТИП, существенно превосходят аналогичные показатели обозначенных выше диагностических методов.

Дифференциально-диагностические затруднения нередко возникают из-за схожести ЭУС-проявлений псевдотуморозного панкреатита и опухоли ПЖ. ЭУС, в отсутствие возможности проведения ЭУС-ТИП, не позволяет отличать выраженные воспалительные изменения паренхимы ПЖ от опухолевых масс. Несмотря на то, что известны ЭУС-признаки ХП (гиперэхогенность стенки ГПП, его извитость, расширение, дилатация боковых браншей в теле и хвосте ПЖ, наличие внутрипротоковых конкрементов, неомогенность структуры паренхимы, гиперэхогенные включения, выраженные межацинусовые перегородки, дольчатость структуры), исключить на этом фоне наличие опухоли удается не всегда.

Известно, что злокачественные опухоли часто развиваются на фоне предсуществующих и длительно протекающих хронических воспалительных заболеваний ПЖ. Трудно выявить опухоль, находящуюся в измененной в результате длительного, рецидивирующего воспалительного процесса паренхиме ПЖ, когда эти патологические состояния характеризуются схожей эхогенностью.

За период октябрь 2013 г. — декабрь 2015 г. в эндоскопическом отделении ГКБ им. Боткина было выполнено 198 эндосонографических исследований больных с опухолевыми образованиями поджелудочной железы различной локализации. У 153 (77,3%) больных опухоль локализовалась в головке ПЖ, у 29 (14,6%) — в хвосте и лишь у 16 (8,1%) — в теле. Всем больным до проведения эндосонографического исследования были выполнены УЗИ органов брюшной полости, КТ с болюсным контрастированием (157 больных) и МРТ органов брюшной полости (153 пациента).

В большинстве случаев ЭУС-картина злокачественного опухолевого поражения ПЖ была представлена очагом неоднородной гипоэхогенной структуры, который содержал анэхогенные (жидкостные) включения, а также дающие акустическую тень гиперэхогенные включения (кальцификаты). Размеры опухоли колебались от 1,0 см до 2,0 см. Однако, такие же изменения мы наблюдали и при ХП. На фоне окружающей паренхимы ПЖ опухолевый очаг имел округлую форму с нечеткими границами — свидетельство его инфильтративного характера.

Все вопросы разрешались после проведения тонкоигольной пункции, которая была выполнена 158 (80%) больным. Морфологическая картина рака ПЖ была получена у 143 (72%) пациентов. У 38 больных (19%) гистологически был верифицирован хронический панкреатит, в 14 случаях (7%) материал оказался неинформативным.

Мы пока накапливаем опыт дифференциальной эндосонографической диагностики больных с образованиями ПЖ, но уже сейчас можем позволить себе

утверждать, что при опухолевых очагах, размеры которых не превышают 3 см, ЭУС имеет безусловные визуализационные преимущества в сравнении с УЗИ и КТ. Чувствительность ЭУС в наших наблюдениях составила 94% (УЗИ — 78%, КТ — 65%). Сравнение ЭУС, КТ с внутривенным контрастированием и МРТ в диагностике рака ПЖ показало чувствительность 93-, 53- и 67%, соответственно.

Резюме

Следует признать, что применения отдельного из числа перечисленных методов (КТ, МРТ, ЭУС, АГ) недостаточно для достоверной диагностики очаговых поражений поджелудочной железы, особенно при наличии дифференциально-диагностических затруднений, в т.ч. между раком ПЖ и т.н. индуративным панкреатитом. Оптимизировать решение такой задачи позволяет использование комплекса методов (лучевых, эндоскопических и морфологических) при решающем вкладе ЭУС + ЭУС-ТИП.

Технические особенности проведения ЭПСТ при ущемлённом конкременте фатерова сосочка, осложнённого острым панкреатитом

Ныжник Л. М., Юрченко В. В.

ГБУЗ «Калининградская областная клиническая больница»
ФГАОУ ВПО «Балтийский федеральный университет им. И. Канта»

г. Калининград

Актуальность

Острая обтурация большого дуоденального сосочка (БДС) конкрементами, как правило, клинически манифестирует быстро прогрессирующей механической желтухой и острым панкреатитом. Не смотря на то, что примерно в половине наблюдений купировать острый процесс в поджелудочной железе удаётся мощной инфузионной, спазмолитической и антипротеолитической терапией, необходимость в экстренной эндоскопической реканализации терминального отдела общего желчного протока остаётся. Техника этого вмешательства на настоящий момент достаточно отработана и ввиду значительного увеличения фатерова сосочка из-за ущемления в его ампуле конкремента представляет сложности преимущественно при парапапиллярных дивертикулах 1 и 2 типов по классификации В. А. Марийко (1990), а также при крупных супратерминальных конкрементах, полностью обтурирующих просвет холедоха в его дистальных отделах.

Клиническое использование лазерного излучения для проведения предрасщепления большого дуоденального сосочка позволило накопить материал для конкретизации технических приёмов и сравнительной характеристики данного и традиционного способов предрасщепления.

Специфика использования лазера для проведения предрасщепления заключается в его бесконтактности (а значит и эффекта прилипания струпа) и отсутствия какого-либо прохождения электрического тока по паренхиме поджелудочной железы, однако эти достоинства в значительной мере нивелируются ригидностью лазерных световодов, не позволяющий создать его изгиб радиусом менее 1,8 см., что значительно снижает маневренность и прецизионность.

На основании вышеизложенного авторами была поставлена цель определить возможности проведения предрасщепления лазером при ущемлённых конкрементах БДС, осложнённых острым панкреатитом, путём сравнения с традиционным способом.

Материалы и методы

Поставленная цель достигалась за счёт сравнения группы сравнения (50 наблюдений проведения предрасщепления диатермокоагуляцией — использовался коагулятор ERBE VIO 300D в режиме коагуля-

ции) с тремя группами исследования, в которых предрасщепление проводилось с помощью лазера (группа с ущемлённым конкрементом БДС при типичных анатомических соотношениях — 7 наблюдений, группа с ущемлённым конкрементом БДС, расположенного в дивертикуле двенадцатиперстной кишки (ДПК) — 5 пациентов и группа с ущемлённым конкрементом БДС и конкрементами дистальных супратерминальных отделов общего желчного протока — 3 пациента) по следующим критериям:

1. выполнимость, т.е. соотношение количества эффективно выполненных предрасщеплений и всех попыток его выполнить,
2. уровень осложнений, связанных с предрасщеплением БДС (обострение острого панкреатита и ретродуоденальные перфорации),
3. частота интраоперационных кровотечений.

При проведении предрасщепления электрод торцевого папиллотомы располагали параллельно длиннику фатерова сосочка, увеличивая площадь контакта, что создавало дополнительный гемостатический эффект и контролируемость процесса. Для проведения предрасщепления в группе исследования использовали диодный лазер АЛХТ-Эломед с диаметром оптоволоконна 0,5мм. Для подавления перистальтики использовали атропин внутримышечно и метацин внутривенно.

Результаты проведённого исследования представлены в табл. 1.

Таким образом, очевидно, что рассечение ткани фатерова сосочка лазером позволяет на 14,4% (см. примечание к уровню интраоперационных кровотечений в группе с проведением предрасщепления лазером при ущемлённом конкременте БДС при типичных анатомических соотношениях в таблице № 1) снизить уровень интраоперационных кровотечений по сравнению с предрасщеплением, проведённым диатермокоагуляцией, а также на 8% улучшить прогноз течения сопутствующего острого панкреатита, однако уровень выполнимости предрасщепления при анатомически нестандартных соотношениях снижается на 60%, и хотя данные факты носят предварительный характер очевидно, что технология использования лазера для проведения предрасщепления БДС нуждается в доработке.

Таблица 1. Сравнительная характеристика лазерного и традиционного предрассечения при ущемлённых конкрементах БДС

Группы	Параметры оценки					
	Выполнимость		Уровень осложнений		Уровень интраоперационных кровотечений	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Проведение предрассечения диатермо-коагуляцией, n=50	50	100	4*	8	10	20
Проведение предрассечения лазером при ущемлённом конкременте БДС при типичных анатомических соотношениях, n=7	7	100	-	-	1	14,3**
Проведение предрассечения лазером при ущемлённом конкременте БДС, расположенного в дивертикуле ДПК, n=5	2	40	-	-	-	-
Проведение предрассечения лазером при ущемлённом конкременте БДС и конкрементах дистальных супра-терминальных отделов, n=3	3	100	-	-	-	-

Прим.

*Все 4 осложнения были представлены усугублением тяжести течения острого панкреатита.

**Если рассматривать частоту интраоперационных кровотечений ко всем наблюдениям предрассечения лазером, то она составит 5,6%.

Выводы:

1. Использование лазера при проведении предрассечения позволяет снизить уровень интраоперационных кровотечений при проведении предрассечения фатерова сосочка у пациентов с ущемлённым конкрементом БДС.
2. Использование лазера при проведении предрассечения улучшить прогноз течения острого панкреатита при проведении предрассечения фатерова сосочка у пациентов с ущемлённым конкрементом БДС.
3. Технология использования лазера при проведении предрассечения требует доработки в отношении повышения гибкости и маневренности световода.

Врожденная кистозная трансформация желчных протоков. Клиническое наблюдение

Орловский Ю. Н.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, кафедра хирургии

г. Минск

Пациентка М, 27 лет. Поступила в клинику 25.11.2013 г. с жалобами на периодические боли в эпигастрии. Из анамнеза: в 3-х летнем возрасте в связи с кистозной трансформацией желчных протоков пациентке была выполнена холедоходуоденостомия (ХДА). С 2007 года у пациентки наблюдались приступы рецидивирующего холангита и желтухи. По результатам обследования был доказан холангиолитиаз выше зоны ХДА и рубцовая стриктура соустья. В 2008 г.: выполнено снятие ХДА с дуоденопластикой, резекция участка холедоха выше зоны ХДА, сформирован гепатикоюноанастомоз (ГЕА) на петле по Ру «конец в бок».

С 2012 года начали периодически беспокоить боли в животе без клиники желтухи и холангита при нормальных цифрах амилазы в крови. При обследовании (УЗИ, МРТ): функция ГЕА не нарушена, внутрипеченочные протоки не расширены. Выполнена ЭРХПГ (2.12.2013 г.) дистальной культы холедоха: в ней выявлен плотный участок — предположительно конкремент или безоар. Попытка эндоскопической папиллосфинктеротомии оказалась безуспешной из-за стенозирующего папиллита. Выставлен диагноз: Врожденное холедохоцеле. Состояние после ХДА, его снятия и реконструктивной ГЕА на петле

по Ру. Конкремент культы интрапанкреатического отдела холедоха. Вторичный рецидивирующий панкреатит. Стенозирующий папиллит.

18.12.2013 выполнена операция: Лапаротомия, поперечная дуоденотомия, папиллосфинктеропластика. Интраоперационная картина соответствовала стенозирующему папиллиту. Был рассечен фатеров сосок. Из культы холедоха выделилось до 10 мл плотной зловонной хлопьевидной массы. Санация культы холедоха. После продольной папиллосфинктеротомии произведена папиллосфинктеропластика непрерывным однорядным швом.

Данное наблюдение демонстрирует:

1. Образование вследствие развития стенозирующего папиллита слепого мешка культы холедоха, что привело к скоплению в ней плотной замазкообразной эхо- и мрт-негативной массы;
2. Последняя явилась редкой причиной рецидивирующего панкреатита;
3. Необходимость выполнения в подобных ситуациях эрхпг культы холедоха при исключении на предыдущих обследованиях (узи, кт, мрт-хг) других явных причин рецидивирующей абдоминалгии.

Роль диагностической эндосонографии в профилактике постманипуляционных осложнений у больных с патологией панкреатобилиарной области

Сайфутдинов И. М.¹, Славин Л. Е.^{1,2}, Муравьев В. Ю.^{2,3}, Иванов А. И.^{2,3}

¹ ГАУЗ Межрегиональный Клинико-Диагностический Центр МЗ РТ

² ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»

³ ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» МЗ РТ

г. Казань

Цель

Оценить роль диагностической эндосонографии в профилактике постманипуляционных осложнений у больных с патологией панкреатобилиарной области

Методы

Проанализированы результаты 1028 эндоскопических транспапиллярных вмешательств у 575 больных с доброкачественной и злокачественной патологией панкреатобилиарной области. При доброкачественной патологии (стенозы большого дуоденального сосочка, стриктуры терминального отдела холедоха, стриктуры холедоха, холедохолитиаз, хронический и острый панкреатит) панкреатобилиарной области выполнено 796 (77%) вмешательств. При злокачественной патологии (рак головки поджелудочной железы, протоков и большого дуоденального сосочка, метастазы в лимфатические узлы ворот печени) панкреатобилиарной области выполнено 232 вмешательства, что составило — 23%. Механическая желтуха имела место у 97 больных (17%), которым выполнено 402 операции. У 62 больных (10.7%) имелась клиника гнойного холангита. Перед проведением транспапиллярных вмешательств проводили ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопию, эндосонографию, эндоскопическую ретроградную холангиографию, компьютерную томографию органов брюшной полости, электрокардиографию, рентгенографию органов грудной клетки, общий анализ крови и мочи, функциональные пробы печени, пациентов осматривал и консультировал кардиолог.

Для проведения эндосонографии панкреатобилиарной области использовали видеоэзогастроскоп GF-UM160 компании Olympus.

С 2009 по 2015 год при патологии панкреатобилиарной области выполнено 1824 исследований с целью:

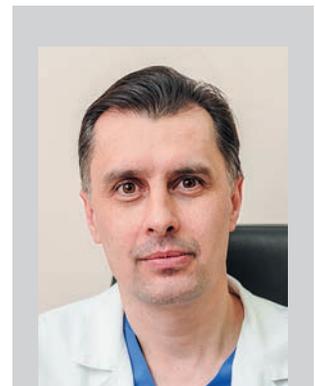
- оценки состояния и характера изменений поджелудочной железы, внепеченочных желчных путей, двенадцатиперстной кишки;
- выявления анатомо-топографических особенностей зоны операционного доступа;
- определение дальнейшей тактики лечения.

Результаты

Постманипуляционные осложнения (острый панкреатит, панкреонекроз, ретродуоденальная перфорация, холангит, кровотечения, миграция стента в холедох, перфорация холедоха, инсульт, инфаркт миокарда) возникли в 30 случаях и составили 2.9% с летальностью в 1 (0.09%).

Анализ осложнений проводился по периодам деятельности с учетом внедрения наиболее значимых профилактических и лечебных мероприятий.

- первый (начальный) с 2007 год по 2008 год. За этот период выполнено 129 операций, диагностировано 11 осложнений (8.5%) с одной летальностью (0.7%). Летальность пациентки 84 лет со злокачественной опухолью головки поджелудочной железы, осложненной механической желтухой от острой сердечно-сосудистой недостаточности на 9 сутки после операции
- второй период с 2009 год по 2011 год. За этот период выполнено 351 операция, диагностировано 12 осложнений (3.4%).
- третий период с 2012 год по 2015 год. За этот период выполнено 548 операций, диагностировано 7 осложнений (1.2%).



Сайфутдинов И. М.

Для первого периода деятельности большое количество диагностированных осложнений можно объяснить, как отсутствием необходимого опыта оперирующего эндоскописта, так и отсутствием уточняющего метода исследования предоперационной диагностики между традиционными лучевыми методами исследования (УЗИ, РКТ) и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографией (ЭРХПГ). Проведенный ретроспективный анализ показал, что внедренный, в клиническую практику метод эндосонографии, стал ведущим фактором профилактики постманипуляционных осложнений в период с 2009 по 2011 гг., позволившим сузить показания к проведению плановых транспапиллярных операций после ранее проведенных методов лучевой диагностики и избежать ранее наблюдавшиеся осложнения. Так, проведение эндосонографии позволило полностью упразднить контрастирование протоковых систем с диагностической целью, а также на 28–29% снизить число плановых эндоскопических транспапил-

лярных вмешательств из-за немалого (до 22–33%) количества ложноположительных результатов лучевых методов исследований.

Дальнейшее снижение количества осложнений было достигнуто за счет увеличения количества выполняемых операций наружного и внутреннего дренирования желчных путей, внедрения стентирования главного панкреатического протока при высоком риске панкреатита, уменьшения длительности оперативного вмешательства до 20–30 минут при увеличении количества этапов операции.

Вывод

Эндосонография является высокоинформативным методом дооперационной диагностики патологии панкреатобилиарной области, снижающим риск постманипуляционных осложнений за счет формирования потока пациентов с абсолютными показаниями к проведению транспапиллярных операций.



Эктопированная долька поджелудочной железы, симулирующая полиповидный педункулярный дефект, локализованный в ДПК. Клиническое наблюдение

Санников О.Р., врач эндоскопист, к.м.н.
 ФБУЗ МСЧ № 41 ФМБА России

Морозов С.Л., врач патологоанатом
 БУЗ УР « Глазовская РБ МЗ УР»

г. Глазов

Гетеротопия (heteros — другой, topos — место) — порок развития ткани, появляющейся в необычном для нее месте.

Гетеротопия, аберрация или эктопия поджелудочной железы (ПЖ) определяется как топографическая аномалия панкреатической ткани вне связи с нормальной ПЖ [4]. Является относительно редкой врожденной аномалией — 0.55–13.7% по результатам аутопсий, средняя частота встречаемости в популяции 1–2% [4,5]. На каждые 500 хирургических вмешательств на органах верхних отделов желудочно-кишечного тракта приходится одна эктопированная ПЖ как случайная находка [4]. Гетеротопия ПЖ встречается у больных любого возраста, у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин, и не имеет клинических проявлений, однако, в некоторых случаях эктопированная ткань может проявлять симптоматику, характерную для заболеваний ПЖ, таких как панкреатит, цисты и псевдоцисты, нейроэндокринные и злокачественные опухоли [6,7,8–10]. Такую аномалию описывают как аберрантную гетеротопическую, дистопированную поджелудочную железу, панкреатическую лимфаденому, хористому, хористобластому. Чаще дополнительная ПЖ обнаруживается в органах, имеющих общий с ней зачаток, или в тканях, взаимодействующих в процессе роста с зачатками поджелудочной железы, что позволяет рассматривать эктопированную поджелудочную железу как проявление дизонтогенетической гетеротопии.

В 90% наблюдений эктопированная ткань ПЖ локализуется в верхних отделах ЖКТ — в желудке, двенадцатиперстной, поперечной ободочной кишках, желчевыводящих путях, селезенке, брыжейке. Наиболее часто она встречается в гастродуоденальной зоне — 63–70%

всех локализаций, излюбленный сегмент — антральный отдел желудка [3]. Реже встречается в подвздошной кишке, дивертикуле Меккеля, пищеводе, печени, желчном пузыре, сальнике, легких, средостении, маточных трубах и пупке [6,7]. В большинстве случаев гетеротопия ПЖ носит одиночный характер.

Макроскопически при эндоскопическом исследовании аберрантная ПЖ представляет собой опухолевидное образование округлой или овальной формы, размером от нескольких миллиметров до 4–5 см, на широком основании, располагающееся в подслизистом слое желудочной стенке. На его вершине имеется выводной проток в виде пупковидного вдавления, открывающийся на слизистой оболочке желудка (Рис. 1). Встречаются формы, внешне больше напоминающие вид мелкого дивертикула (Рис. 2). При инструментальной пальпации аберрантная поджелудочная железа имеет плотную консистенцию [3]. Диаметр ее колеблется от нескольких миллиметров до 6–7 см, масса — от 4 до 16 г.

Элементы ткани поджелудочной железы чаще всего выявляются в подслизистом, реже — в мышечном и субсерозном слоях стенки желудка [2]. При гистологическом исследовании материала гетеротопия тканей ПЖ может быть представлена всеми ее компонентами в виде типичной ацинарной ткани обычного долькового строения, протоков (часто множественных, извитых, неравномерно расширенных, анастомозирующих) и панкреатических островков. При этом протоки большей своей частью располагаются вне ацинарной ткани, иногда обнаруживаются множественные скопления, выстланы высоким призматическим однослойным эпителием без признаков атипии. Элементы островкового аппарата



Санников О.Р.



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5

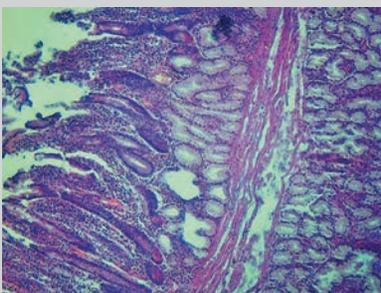


Рис. 6

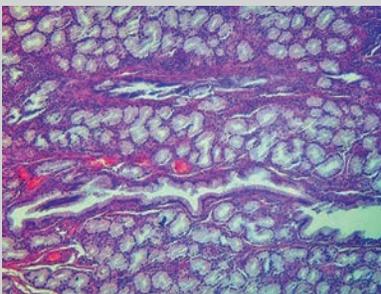


Рис. 7

часто можно обнаружить вне основного узла. Различают четыре варианта эктопии ПЖ:

1. определяются все компоненты поджелудочной железы;
2. имеется только экзокринная часть органа;
3. определяется только островковый аппарат;
4. имеются одни протоки (аденомиоз).

Почти в 40% наблюдений находят одновременно ацинусы, протоки и железы, напоминающие дуоденальные [1].

Приводим собственное клиническое наблюдение случая.

Пациентка В., 59 лет обратилась к нам в связи обнаруженным «полипом» ДПК во время предыдущего исследования. Жалоб не предъявляет.

ЭГДС: Пищевод, желудок — без особенностей

ДПК: Слизистая верхнего дуоденального изгиба и нисходящей ветви ДПК с множественными милиарного типа высыпаниями, напоминающие «манную крупу», располагающимися преимущественно на поверхности керкринговых складок, фатеров сосок не визуализируется, продольная складка не напряжена. Пристеночно небольшое количество неизменной желчи.

St.loc.: в зоне apex bulbi duodeni, близ сфинктера Капанджи, располагаясь на передней стенке, визуализируется крупный дефект полиповидного (0-Ip) типа на хорошо выраженной ножке размеры (Рис. 3, 4) его ориентировочно составляют 1.2x1.3x2.0–2.3–2.5 см: цвет практически не отличается от окружающей измененной слизистой, поверхность в области головки образования с экссудативными изменениями, порята слизию, поверхностный рисунок, характерный для аденом, отсутствует, слизистая напоминает окружающую; дефект очень подвижен, легко смещается в pars descendens и обратно в луковицу во время антиперистальтических волн, эластичность ткани не изменена, видимых перифокальных инфильтративных изменений не прослеживается, четко определить характер роста (субмукозный, эпителиальный) визуально не представляется возможным. В основание ножки дефекта введено ~ 20 мл смеси р-ра адреналина 0.1% и физраствора в соотношении 1:20, создана зона анемизации, отмечается побледнение ножки и прилежащей к ней слизистой apex bulbi duodeni, чередованием режимов резания-коагуляции полип отсечен, извлечен д/патоморфологического исследования. На ревизии: культя с синюшным оттенком высотой до 1.0 см, зона резекции вполнена фибринозным экссудатом, на ее поверхности — темный, слегка втянутый участок неправильной формы (гематин), кровотечение отсутствует (Рис. 5).

Заключение

Эндоскопическое внутрипросветное оперативное вмешательство: солитарное субэпителиальное (эпителиальное?) образование полиповидного (0-Ip) типа flex. duodenalis superior (фиброаденома? лейомиома? карциноид? аденома?). Эндоскопическая петлевая электро-

эксцизия образования с превентивной анемизацией зоны резекции. Косвенные эндоскопические признаки «неблагополучия» органов панкреато-билиарной зоны (лимфатикоэктазии слизистой оболочки pars descendens duodeni).

Микроскопические изменения

В подслизистом слое стенки желудка определяются железистые структуры ацинарного характера, выстланные высоким призматическим однослойным эпителием (Рис. 6 объектив план x10, окраска гематоксилин-эозин). Железистые образования формируют дольки, разде-

ленные друг от друга тонкими соединительнотканными перегородками с очаговыми лимфоцитарными инфильтратами и расширенными протоками (Рис. 7 объектив план x10, окраска гематоксилин-эозин)

Таким образом, резюмируя, можно отметить, что в некоторых случаях эктопированная долька ПЖ макроскопически может проявлять себя не только в виде «классических форм» (протрузии, плоские возвышения с устьем выводного протока на верхушке), но и педункулярных образований, более характерных для аденом; во всех случаях такие образования должны подвергаться эндоскопической эксцизии и тщательной морфологической верификации.

Литература

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. М.: Триада — X, 1998.
2. Чернеховская Н.Е. Современные технологии в эндоскопии. М.: ООО «Экономика и информатика», 2004.
3. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Чепрепянцев Д.П., Поваляев А.В. Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. М.: МЕДпресс-информ, 2006.
4. de Castro JJB, Dockerty MB, Waugh JM. Pancreatic heterotopia. Surg Gynecol Obstet. 1946;82 (5):527–42.
5. Dolan RV, Remine WH, Dockerty MB. The fate of heterotopic pancreatic tissue. A study of 212 cases. Arch Surg. 1974;109 (6):762–65.
6. Lai EC, Tompkins RK. Heterotopic pancreas. Review of a 26 year experience. Am J Surg. 1986;151 (6):697–700.
7. Tanaka K, Tsunoda T, Eto T, Yamada M, Tajima Y, Shimogama H, et al. Diagnosis and management of heterotopic pancreas. Int Surg. 1993;78 (1):32–35.
8. Hirasaki S, Tanimizu M, Moriwaki T, Nasu J. Acute pancreatitis occurring in gastric aberrant pancreas treated with surgery and proved by histological examination. Intern Med. 2005;44(11):1169–73.
9. Mizuno Y, Sumi Y, Nachi S, Ito Y, Marui T, Saji S, Matsutomo H. Acinar cell carcinoma arising from an ectopic pancreas. Surg Today. 2007;37 (8):704–7. Epub 2007 Jul 26.
10. Zhang L, Sanderson SO, Lloyd RV, Smyrk TC. Pancreatic intraepithelial neoplasia in heterotopic pancreas: evidence for the progression model of pancreatic ductal adenocarcinoma. Am J Surg Pathol. 2007;31 (8):1191–5.

К вопросу о предупреждении постманипуляционного панкреатита у больных с холедохостомой

Тараскина И.О., врач-интерн кафедры хирургии, эндоскопии и урологии ГБОУ ДПО НГИУВ
Снигирев Ю.В., к.м.н., ассистент кафедры хирургии, эндоскопии и урологии ГБОУ ДПО НГИУВ, главный врач МБЛПУ «ГКБ №5»

Тараскина Е.Б., врач-эндоскопист, Ликум В.О., врач-хирург, Снигирев А.Ю., врач-хирург, Акульшин П.В., врач-эндоскопист МБЛПУ «ГКБ № 5»

г. Новокузнецк

Актуальность проблемы малоинвазивного лечения патологии желчевыводящих путей возрастает в связи с тенденцией к этапности хирургического лечения осложненной желчнокаменной болезни.

1. Лапароскопическая холецистэктомия стала «золотым стандартом» в лечении калькулезного холецистита, однако возможность одновременной коррекции патологии наружных желчевыводящих путей имеется не во всех хирургических отделениях.
2. Хирурги, оперирующие пациентов с деструктивным калькулезным холециститом, механической желтухой, холангитом, тяжелой сопутствующей патологией, благодаря наружной декомпрессии желчных протоков посредством холедохостомии имеют возможность ограничить объем первичного оперативного вмешательства до стабилизации состояния.

Таким образом, формируется некая группа пациентов, имеющих наружный дренаж холедоха, которые в дальнейшем госпитализируются в профильные хирургические стационары с диагнозом постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) для выполнения эндобилиарных вмешательств.

В 2011–14 гг в отделении хирургии печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы МБЛПУ «ГКБ № 5» г. Новокузнецка находились на лечении по поводу ПХЭС всего 285 пациентов, в том числе 193 с диагнозами холедохолитиаз и стеноз большого дуоденального сосочка (БДС). 58 из них имели функционирующую холедохостому.

Транспапиллярные эндобилиарные вмешательства были успешны в 179 случаях, и еще в 10 случаях позволили детально оценить состояние желчных протоков и подготовить пациентов к хирургической операции.

Максимальное количество осложнений при эндоскопических вмешательствах на БДС связано с выполнением ретроградной канюляции БДС и эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), а наиболее частое из них — постманипуляционный панкреатит, частота которого по нашим данным составила 2,8%. Еще в одном случае развился некротизирующий панкреатит, повлекший за собой летальный исход (0,6%).

Наличие холедохостомы позволяет применить сочетание антеградного (чрескожного) и ретроградного (трансдуоденального) доступов (как вариант методики

«рандеву»), и тем самым избежать непреднамеренной катетеризации устья главного панкреатического протока, а значит и ее осложнений.

Комбинированный способ канюляции БДС может иметь множество вариантов, которые зависят от анатомической ситуации и смекалки эндоскописта. Принципиальное различие имеет направление проведения самого папиллотома.

1. Антеградное: при достаточном диаметре дренажа удается провести папиллотом по его просвету и выполнить антеградную ЭПСТ под контролем дуоденоскопа (фото 1).

В случае, когда папиллотом не выводится из устья БДС, упираясь с продольную складку, есть возможность выполнить супрапапиллярное рассечение над ним, вывести папиллотом через фистулу и далее продолжить антеградно, позиционируя продольную складку с помощью второго инструмента (фото 2–3).

2. Ретроградное: если дренаж узкий, возможно провести струну антеградно до просвета 12-пк, на нее ретроградно нанизать папиллотом и выполнить безопасную канюляцию (фото 4–6).

Из 58-и пациентов, имеющих холедохостому, выполнить ЭПСТ комбинированным способом удалось лишь у 13-ти. Причиной явилась некорректная постановка дренажа холедоха. Дренаж по Вишневскому по сути своей исключает возможность антеградного проведения эндоскопических инструментов. Т-образный дренаж как правило неблагоприятен для антеградного проведения струны, но в ряде случаев это удается, либо возможно заменить его по струне на дренаж по Холстеду — Пиковскому. Большинство неудач были связаны с нарушением методики постановки последнего, с дополнительными петлями в брюшной полости или запаянным дистальным концом.

Благодаря применению методики комбинированного доступа при ЭПСТ таких осложнений, как гиперамиллаземия, острый панкреатит, некротизирующий панкреатит, не отмечено ни в одном случае.

Выводы

1. Лечение осложненной ЖКБ, сопровождающейся холедохолитиазом и стенозом БДС, может быть этапным и малоинвазивным благодаря холедохостомии.



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4

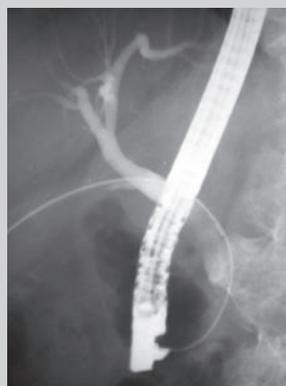


Рис. 5



Рис. 6

2. Дренаж холедоха позволяет применить сочетание антеградного и ретроградного доступов для выполнения безопасной канюляции БДС и ЭПСТ, а значит, минимизировать риск возникновения постманипуляционного панкреатита.
3. Оптimalен дренаж холедоха, который соответствует следующим требованиям:
 - дренаж по Холстеду — Пиковскому,
 - диаметр, достаточный для проведения струны или папиллотома,
 - незапаянный дистальный конец,
 - прямой ход дренажа от протока до брюшной стенки,
 - свободное расположение дренажа в холедохе.

Оценка безопасности стентирования главного панкреатического протока при профилактике острого постманипуляционного панкреатита

Тарасов А. Н., проф., Олевская Е. Р., доц., зав. эндоскопическим отделением
ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии

Васильев А. В., врач-эндоскопист, Дерябина Е. А., врач-эндоскопист, Машковский А. М., врач-эндоскопист

Челябинская областная клиническая больница

г. Челябинск



Васильев А. В.

Актуальность проблемы

Наиболее частым (3,6–25,3%) и специфическим ранним осложнением эндоскопических операций на большом дуоденальном сосочке является острый панкреатит, который отличается быстротой развития и тяжелым течением, а летальность при билиарных панкреатитах достигает 25–30%. С 2012 года стали появляться публикации, демонстрирующие предварительные позитивные результаты использования стентирования главного панкреатического протока в профилактике острого постманипуляционного панкреатита. Вместе с тем, стентирование главного панкреатического протока во время эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии опасно миграцией в него стента и сложностями его удаления. Это предопределяет необходимость продолжения исследований способов профилактики этих осложнений.

Целью работы является оценка безопасности стентирования главного панкреатического протока.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ результатов эндоскопических ретроградных панкреатохолангиографий в сочетании с эндоскопической папиллосфинктеротомией, выполненных в эндоскопическом отделении Челябинской областной клинической больницы — клинике госпитальной хирургии Южно-уральского государственного медицинского университета в 2014–2015 годах по поводу доброкачественной окклюзии внепеченочных желчных протоков 707 пациентам. Мужчин 299(42,3%), женщин 408(57,7%). Причиной окклюзии желчного протока у 302 (42,7%) пациентов был первичный (при сохраненном желчном пузы-

ре) холедохолитиаз, у 127(18%) резидуальный, у 101(14,3%) рецидивный, возникший по прошествии полутора и более лет после холецистэктомии, и у 177(25%) стриктура большого дуоденального соска (БДС). После выполнения контрастирования желчных протоков у всех пациентов исследование завершали необходимым эндоскопическим лечебным вмешательством, направленным на восстановление проходимости желчных протоков — папиллотомия, литоэкстракция, стентирование. В случае возникновения вирсунгографии или случайной катетеризации главного панкреатического протока при ЭРПХГ, у 45(6,4%) пациентов операцию заканчивали имплантацией в главный панкреатический проток стандартного пластикового стента 5Ch-5cm. Длительность стентирования 3–4 дня.

4 (0,6%) пациентам выполнено стентирование главного панкреатического протока с явлениями выраженного панкреатита, развившегося на первый — второй день после ЭРПХГ. Успешная декompрессия панкреатического протока сопровождалась заметным уменьшением интенсивности болевого синдрома в течение первых 12 часов после катетеризации и обратным развитием клинических признаков панкреатита в течение 6–8 дней. У всех пациентов консервативное лечение острого постманипуляционного панкреатита оказалось успешным, что позволило избежать необходимости выполнения дополнительных оперативных вмешательств.

Результаты

Использование панкреатического стента позволило успешно купировать явления острого постманипуляционного панкреатита у 4 пациентов и, с высокой

степенью вероятности избежать его развития у 45 пациентов.

У 2 (0,3%) из всей группы пациентов была зарегистрирована миграция стента в главный панкреатический проток. Многократные попытки эндоскопического удаления стента успеха не имели, а у одного из пациентов сопровождалось развитием острого панкреатита, который был купирован консервативно. Оба пациента по настоящее время находятся под динамическим наблюдением, амбулаторно.

Выводы

Таким образом, миграция стента в главный панкреатический проток может привести к необходимости проведения полостной операции, так как эндоскопические способы удаления мигрировавших панкреатических стентов малоэффективны, а длительное их наличие в главном панкреатическом протоке может привести к таким нежелательным отдаленным последствиям как вирсунголитиаз.

Панкреатолитиаз: хирургическое и эндоскопическое лечение

Шулейко А. Ч.

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Кафедра хирургии

Минск, Беларусь

Введение

В настоящее время отмечается неуклонный рост уровня заболеваемости хроническим панкреатитом (ХП). Панкреатолитиаз является поздним осложнением ХП и одним из показаний для хирургического лечения. Для характеристики конкрементов в протоковой системе ПЖ традиционно существует термин «вирсунголитиаз». Этот термин не точен, ввиду того, что конкременты находятся не только в вирсунговом протоке, но и в других магистральных протоках: санториниевом и протоке крючковидного отростка, а также выявляются в периферических протоках всех уровней. Более корректно это явление обозначить более общим термином — «панкреатодуктолитиаз» или «панкреатолиитиаз», а сами конкременты — «панкреатолитами». Термины «кальцифицирующий» панкреатит, «кальцификация» или «кальциноз», подразумевающие кальцификацию ткани ПЖ после перенесенного панкреонекроза являются устаревшими понятиями. Эти очаги «кальцификации» в поджелудочной железе (ПЖ) являются конкрементами в периферических протоках, создавая периферическую протоковую гипертензию. Конкременты в магистральных панкреатических протоках обуславливают развитие магистральную протоковую гипертензию.

При хирургическом лечении ХП широкое применение нашли резекционные, дренирующие и резекционно-дренирующие операции с использованием панкреатикоэюноанастозов (ПЕА) на петле по Ру. Данные операции имеют свои специфические осложнения, диагностика которых представляет серьезные трудности. С появлением двухбаллонной энтероскопии (ДБЭ) возникают новые возможности для визуальной оценки функционирования панкреатодигестивного соустья, использовании малоинвазивных эндоскопических вмешательств в коррекции возникших осложнений.

Цель исследования

Оценить роль хирургических и эндоскопических методов лечения ХП, осложненного панкреатолитиазом.

Материал и методы

В РЦ РХГ, КП и ЛХ в период 2010–2016 годы выполнено 347 операций по поводу ХП. Выполнен 30 (8,7%) резекционных операции (панкреатодуоденальная резекция, дистальная резекция), 58 (16,7%) дренирующих (Partington), 236 (68,0%) резекционно-дренирующих (Bern, Frey) и 23 (6,6%) шунтирующих вмешательства.

У 280 (80,6%) оперированных пациентов был диагностирован панкреатолитиаз. Выбор операции проводился в зависимости от наличия и характера панкреатолитиаза, а также характера панкреатической гипертензии (магистральная, периферическая). С использованием двухбаллонного энтероскопа (Fujinon, Япония) 21 пациенту с подозрением на патологию ПЕА в разные сроки после первичных операций был проведен трансоральный (антеградный) осмотр ПЕА через петлю тощей кишки. Процедура заключалась в последовательном проведении энтероскопа в начальный отдел тощей кишки, а далее через еюно-еюноанастомоз «конец в бок» по Ру в петлю тощей кишки, на которой сформирован ПЕА. Производили визуальный осмотр зоны панкреатодигестивного соустья, его канюлирование с целью контрастирования панкреатических протоков, а также выполнения малоинвазивных вмешательств, по показаниям брали биопсию из стенки петли тощей кишки и поджелудочной железы.

Результаты

Послеоперационные осложнения развились в 42 (12,1%) случаях, релапаротомии выполнены в 18 (5,1%), летальность составила 0,3%.

Предложена рабочая классификация «панкреатодуктолитиаза»:

А. По локализации в анатомических зонах ПЖ:

- а) головка ПЖ
- б) тело ПЖ
- в) хвост ПЖ
- г) во всех отделах (распространенный панкреатодуктолитиаз)

Б. По уровню протоков ПЖ:

- а) в магистральных протоках (вирсунголитиаз, санториниелитиаз, унцинатолитиаз)
- б) в протоках 2–3 порядка (трибуларитиаз) — «кальцинаты» в прошлом понимании
- в) во всей протоковой системе ПЖ — тотальный панкреатодуктолитиаз.

В. По клинко-морфологическим осложнениям панкреатодуктолитиаза:

1. стриктура протоков
2. Хронический абдоминальный болевой синдром
3. Панкреатическая протоковая гипертензия:
За — магистральная

- 3б — периферическая
- 3в — комбинированная
- 4. кистозная протоковая трансформация
- 5. Хроническое воспаление протоков (панкреатодуктит), фиброз паренхимы ПЖ
- 6. Комбинация осложнений
- 7. Остаточные (резидуальные) панкреатолиты в просвете ПЕА

В 11 случаях проведения ДБЭ была выявлена послеоперационная патология ПЕА. Чаще всего отмечены остаточные конкременты в области ПЕА (n=5), кроме того, отмечены стриктуры ПЕА и интрапанкреатического желчеводящего анастомоза после операции, несостоятельность ПЕА и другая патология. Выполнено 9 малоинвазивных ДБЭ-операций в зоне ПЕА: лазерная и механическая литотрипсия резидуальных конкрементов (n=3), биопсия зоны ПЕА (n=3), удаление остатков шовного материала (n=2), лазерная вапоризация стриктуры (n=1). По результатам ДБЭ-осмотров в 2 наблюдениях резидуального панкреатолитиаза после дренирующих операций выставлены показания к повторным «открытым» резекционным операциям.

Заключение

Панкреатолитиаз является поздним осложнением ХП и одним из показаний для хирургического лечения. Предлагаемая нами классификация панкреатодуктолитиаза и разделение синдрома панкреатической протоковой гипертензии на магистральную и периферическую позволяет патогенетически обосновать дифференцированный подход к выбору объема операции при ХП. При наличии панкреатолитов в магистральных панкреатических протоках показано выполнение дренирующих операций, в случае нахождения панкреатолитов в периферических протоках более эффективны резекционные методики.

ДБЭ позволяет осмотреть зону ПЕА, которая до настоящего времени была недоступна для визуализации традиционными эндоскопами. В проведенном исследовании ДБЭ позволяет диагностировать специфические осложнения ПЕА, в т.ч. резидуальный панкреатолитиаз, который может являться причиной возобновления болевого синдрома в послеоперационном периоде. ДБЭ является новым малоинвазивным методом коррекции резидуального панкреатолитиаза после формирования панкреатодигестивных анастомозов. Лазерные технологии существенно расширяют хирургические возможности ДБЭ,

Evidence based approach to papillary cannulation and sphincterotomy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) clinical guidelines

Prof. Pier Alberto Testoni, M.D. FASGE, Director of the Division of Gastroenterology & G.I. Endoscopy

San Raffaele Scientific Institute

Milan, Italy



Pier Alberto Testoni

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) with biliary and / or pancreatic sphincterotomy is nowadays the standard approach for the endoluminal treatment of most pancreatico-biliary ductal diseases through the Vater's papilla. The mainstay of ERCP is the deep cannulation of common bile duct or main pancreatic duct. Cannulation of Vater's papilla can be problematic depending on morphology of the pancreatico-biliary junction or angle of common bile duct insertion into the duodenal wall: standard selective biliary cannulation reportedly fails in up to 18% of cases among non experts, in $\leq 5\%$ in experienced hands. Pancreatic duct cannulation may be difficult in some cases, too. In these cases, some techniques have been used to achieve a successful access to the pancreatico-biliary ductal system. Difficulty in cannulating leads to prolonged papillary

manipulation resulting in repeated attempts at cannulation or contrast injection of the pancreatic ductal system and increased risk of post-ERCP pancreatitis (PEP). The risk of PEP further increases with difficult cannulation in patients at high risk for this complication because risk factors have been shown to be independent in multivariate analysis so they have a cumulative effect. A number of techniques have been used to achieve biliary cannulation, including double guide wire cannulation, precutting, and trans-pancreatic sphincterotomy. The lecture will analyze in details the approaches used, with references to techniques, success rates, and complications, mainly acute pancreatitis, for bile duct, pancreatic duct and minor papilla cannulation. An evidence-based algorithm will be presented, according to the ESGE clinical guidelines on papillary cannulation and sphincterotomy coming in 2016.

Эндоскопическое удаление нейроэндокринной опухоли большого дуоденального сосочка с сохранением целостности сфинктера Одди: от скрининговой гастродуоденоскопии до морфологической верификации

Будзинский С. А., к.м.н., с.н.с. научно-исследовательской лаборатории хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии, старший ординатор отделения оперативной эндоскопии ГКБ № 31

Шаповальянц С. Г., д.м.н., проф., зав. кафедры Федоров Е. Д., д.м.н., проф., глав. н.с. научно-исследовательской лаборатории хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии, клинический руководитель отделения оперативной эндоскопии ГКБ № 31

Михалева Л. М., д.м.н., проф., зав. патологанатомическим отделением ГКБ № 31 Бахтиозина Д. В., н.с. научно-исследовательской лаборатории хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии, врач-эндоскопист отделения эндоскопии ГКБ № 17

Горбачев Е. В., асс. , врач-эндоскопист отделения оперативной эндоскопии ГКБ № 31 Кузнецов Е. О., врач-эндоскопист многопрофильной клиники «Медик-Сити»

РНИМУ им. Н. И. Пирогова, кафедра госпитальной хирургии № 2 лечебного факультета

г. Москва

Нейроэндокринные опухоли (НЭО) — гетерогенная группа новообразований, исходящих из дифференцированной нейроэндокринной ткани эпителия полых органов [1]. Данные мировой литературы не дают однозначной оценки распространённости и структуры заболеваемости НЭО, что связано с отсутствием стандартизованных принципов выявления опухолей, сложностями дифференциально-диагностического поиска и особенностями нозологической классификации. В исследованиях регистрируется от 1,09 до 5,25 случаев на 100 000 человек в год [2,3]. При этом в зарубежных исследованиях отмечается преобладание гастроинтестинальных форм [1], а в отечественной литературе доминирующая роль отводится бронхогенным НЭО [4].

В соответствии с консенсусом, достигнутым Европейским Обществом Изучения НЭО (ENETS) в 2010 г., было предложено делить НЭО желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) на 3 морфологические группы исходя из потенциала их злокачественности, который определяется морфологически по митотической и пролиферативной активности опухолевых клеток [5]. В отношении же клинико-эндоскопической классификации действует регионарный принцип. При этом в европейской популяции не более 19% опухолей приходится на верхние отделы ЖКТ, из них лишь 2% приходится на двенадцатиперстную кишку (ДПК) [6]. При отсутствии признаков инвазивного зло-

качественного роста, эндоскопическое удаление НЭО ДПК служит эффективным методом лечения с низкой вероятностью рецидива [7].

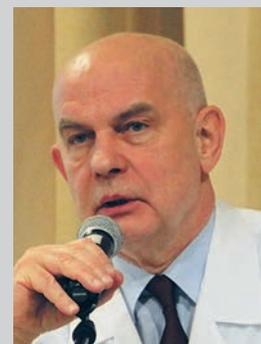
В клинике госпитальной хирургии № 2 РНИМУ им. Н.И. Пирогова на базе 31 ГКБ с 01.2004 по 01.2016 НЭО верхних отделов ЖКТ были выявлены у 23 пациентов. При этом образования желудка среди них встретились в 18 (78,3%) наблюдениях, а ДПК — в 5 (21,7%). Эндоскопическое удаление НЭО ДПК было выполнено у 3 пациентов, в том числе эндоскопическая резекция слизистой — в 1, а петлевая электроэксцизия — в 2 наблюдениях. Еще в 2 наблюдениях больным было рекомендовано динамическое наблюдение. При этом осложнений эндоскопических вмешательств в нашем наблюдении не встречалось.

Представляем клиническое наблюдение комплексной диагностики и постановки диагноза нетипично расположенной НЭО ДПК, а также ее радикального эндоскопического удаления.

Пациентка К., 33 лет, впервые поступила в нашу клинику в октябре 2015 г. для дообследования и решения вопроса об удалении образования большого дуоденального сосочка (БДС). В первый раз это образование было выявлено в 2012 году при амбулаторной эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) перед планируемой операцией по поводу хронического калькулёзного холецистита. Лапароскопическая холецистэктомия была успешно выполнена; каких



Будзинский С. А.



Шаповальянц С. Г.



Федоров Е. Д.,



Михалева Л. М.



Бахтиозина Д. В.



Горбачев Е. В.

либо уточняющих диагностических методов и попыток удаления образования не предпринималось. При контрольной амбулаторной ЭГДС в 2015 году была отмечена тенденция к росту образования (диаметр до 2 см) (Рис. 1). На момент поступления в клинику пациентка жалоб не предъявляла.

При эндоскопической ультрасонографии (ЭУС), выполненной в стационаре, было выявлено, что образование расположено по нижнему контуру БДС и переходит на прилежащую стенку ДПК, однако не распространяется на область устья Фатерова сосочка и на терминальные отделы желчного и главного панкреатического протоков, панкреатобилиарное соединение расположено типично, не смещено, признаков гипертензии панкреатического и желчного протоков не выявлено. При этом было определено, что образование исходит из глубоких слоев слизистой оболочки, имеет неоднородную гипоехогенную структуру и хорошо выраженную сосудистую сеть (Рис. 2).

Все вышеперечисленные находки позволили заподозрить наличие нейроэндокринной опухоли.

Было принято решение об эндоскопическом удалении образования БДС. Вмешательство выполнялось под внутривенной седацией с сохранением самостоятельного дыхания через дуоденоскоп TJF-180 фирмы Olympus. При помощи минимально приоткрытой полипэктомической петли (Olympus, тип MAJ-24) была выполнена маркировка верхней и латеральной границ образования (Рис. 3), затем петля была полностью открыта, наложена на образование и, в смешанном режиме коагуляции и резания, выполнена эксцизия образования без распространения термического поражения на устье БДС (Рис. 4). После этого образование было извлечено для последующего гистологического исследования (Рис. 5). Кровотечения из области вмешательства не было.

В ближайшем послеоперационном периоде пациентка жалоб не предъявля-



Рис. 1. Образование большого дуоденального сосочка (эндофото)



Рис. 2. Нейроэндокринная опухоль большого дуоденального сосочка (эндосонографический вид)



Рис. 3. Предварительная маркировка образования большого дуоденального сосочка перед его удалением (эндофото)



Рис. 4. Электроэксцизия нейроэндокринной опухоли Фатерова сосочка полипэктомической петлей (эндофото)

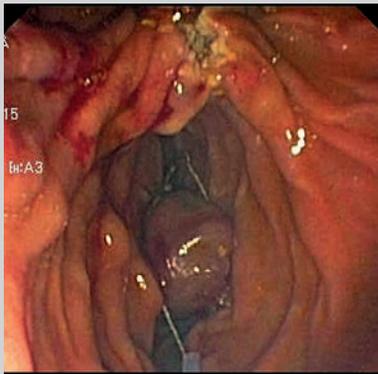


Рис. 5. Извлечение удаленной нейроэндокринной опухоли полипектомической петлей (эндифото).



Рис. 6. Контрольная дуоденоскопия через сутки после удаления нейроэндокринного образования большого дуоденального сосочка (эндифото)

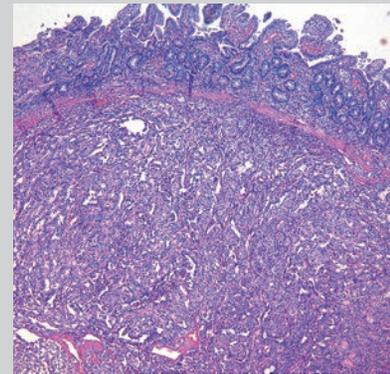


Рис. 7. Нейроэндокринная опухоль двенадцатиперстной кишки (гистологическая картина)

ла. При контрольной ЭГДС через сутки после оперативного вмешательства в верхнем крае послеоперационного дефекта слизистой визуализировался тромб-сгусток, после удаления которого был выявлен единичный сосуд до 1 мм в диаметре (Рис. 6). Произведена профилактика кровотечения комбинированным методом — инфильтрацией раствором адреналина и электрокоагуляцией. При контрольной ЭГДС на следующие сутки определялась выраженная положительная динамика.

При морфологическом исследовании диагноз нейроэндокринной опухоли был подтвержден на основании наличия в подслизистом слое опухоли, построенной из мелких и средних размеров клеток, формирующих трабекулярное и псевдожелезистое строение с мелкими фокусами некроза и единичными митозами. (Рис. 7). По данным иммуногистохимического исследо-

вания в удаленной опухоли имеет место экспрессия си-наптофизина, калретинина и CD56 с низким индексом пролиферации (менее 5%) G1. Полученные результаты окончательно подтвердили наш клиничко-морфологический диагноз нефункционирующей нейроэндокринной опухоли ДПК.

Таким образом, прецизионное выполнение скрининговой ЭГДС позволяет выявить не только широко известные и часто встречающиеся изменения верхних отделов ЖКТ, но и заподозрить такую редкую патологию как НЭО ДПК. При этом локализация образования в проекции БДС при отсутствии поражения устья Фатерова сосочка и протоковых систем поджелудочной железы и билиарного тракта позволяет выполнить малоинвазивное «органосохраняющее» вмешательство с сохранением сфинктера Одди.

Литература

1. Park MI. Endoscopic treatment for early foregut neuroendocrine tumors. Clin. Endosc. 2013 Sep;46(5):450–5
2. Tsai HJ, Wu CC, Tsai CR, Lin SF, Chen LT, Chang JS. The epidemiology of neuroendocrine tumors in taiwan: a nation-wide cancer registry-based study. PLoS One 2013;8(4): e62487
3. Ito T, Sasano H, Tanaka M, et al. Epidemiological study of gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors in Japan. J Gastroenterol 2010;45:234–243
4. Делекторская В. В., Павловская А. И. «Морфологическая характеристика основных типов нейроэндокринных опухолей». Информационный бюллетень московского онкологического общества, № 10 (571) 2010.
5. Nikou GC, Angelopoulos TP. Current concepts on gastric carcinoid tumors. Gastroenterol Res Pract 2012;2012:287825
6. Nikou GC, Toubanakis C, Moulakakis KG, et al. Carcinoid tumors of the duodenum and the ampulla of Vater: current diagnostic and therapeutic approach in a series of 8 patients. Case series. Int J Surg 2011;9:248–253. 21215338.
7. Yokoyama S, Takifuji K, Tani M, et al. Endoscopic resection of duodenal bulb neuroendocrine tumor larger than 10 mm in diameter. BMC Gastroenterol 2011; 11:67.

ЦЕНТР ПЕРЕДОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ



МЧС России
ФГБУ ВЦЭРМ
им. А.М. Никифорова



Сотрудничающий центр
Всемирной организации
здравоохранения



МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

- Сотрудничество со Всемирной организацией здравоохранения по лечению и реабилитации лиц, принимавших участие в аварийно-спасательных работах при ядерных и других катастрофах.
- Взаимодействие с учреждениями в рамках международной сети медицинской готовности и реагирования на чрезвычайные ситуации радиационного характера (REMPAN).
- Выполнение мероприятий по реализации программы «Преодоление последствий радиационных аварий» в рамках союзного договора Россия - Республика Беларусь.
- Участие в работе медицинской комиссии Международной ассоциации пожарных и спасательных служб (CTIF).
- Взаимодействие с Европейским центром медицины катастроф CEMEC.
- Организация и участие в ежегодных международных совещаниях и встречах в рамках сотрудничества с международными организациями, научными, образовательными и медицинскими учреждениями.
- Сбор и обмен информацией по медицинскому содействию готовности к чрезвычайным радиационным ситуациям, в том числе с использованием телемедицинских технологий.

НАШИ АДРЕСА

Россия, г. Санкт-Петербург
194044, ул. Академика Лебедева, д. 4/2
197374, ул. Оптиков, д. 54

ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России
Телефоны: (812) 339 39 39 (многоканальный)
(812) 607 59 00

www.arcerm.spb.ru
e-mail: medicine@arcerm.spb.ru

РОССИЙСКОЕ
ЭНДСКОПИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО



актуальные вопросы
Эндоскопии
Санкт-Петербург

К Р О В О Т Е Ч Е Н И Я И З Н И Ж Н И Х

О Т Д Е Л О В Ж К Т У Д Е Т Е Й И В З Р О С Л Ы Х

VII ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«Актуальные вопросы эндоскопии 2016»

Н А С Т О Я Щ Е Е И Б У Д У Щ Е Е Э Н Д О С К О П И И

фортранс®

Двухэтапная схема ПЭГ 4000 (2л + 2л) —
мировой стандарт подготовки¹,
обеспечивающий качественную очистку кишечника
и хорошую переносимость^{2,3}



**КАЧЕСТВЕННАЯ
ОЧИСТКА КИШЕЧНИКА²**



**ХОРОШАЯ
ПЕРЕНОСИМОСТЬ³**

Советы для улучшения процесса подготовки
препаратом Фортранс®:⁴



Прием Фортранса рекомендуется закончить не позднее, чем за 3–4 часа до начала исследования⁵



Для улучшения вкуса можно добавить в раствор сок цитрусовых без мякоти



Желательно пить охлажденным



Во время приема Фортранса рекомендуется ходить, выполнять круговые движения корпусом и легкий массаж передней брюшной стенки



Рег. уд. П №014306/01 от 17.08.07

Имеются противопоказания. Необходимо ознакомиться с инструкцией. Информация по препарату предоставляется специалисту в соответствии с п.4 ст.74 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» для ознакомления о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов. Если Вы хотите сообщить о нежелательных явлениях, жалобе на качество или у Вас возник вопрос по применению препаратов компании «Ипсен Фарма», передайте информацию своему лечащему врачу или в регуляторные органы или в Московское представительство компании «Ипсен Фарма» 109147, г. Москва, ул. Таганская 19, тел: +7(8) 495 258 54 00, факс: +7(8) 495 258 54 01. Во внерабочие часы круглосуточные телефоны: 8(916) 999 30 28 (для приема сообщений о нежелательных явлениях); 8(800) 700 40 25 (служба медицинской информации для специалистов здравоохранения).

 **IPSEN**
Innovation for patient care

1. Johnson DA, Barkun AN, Cohen LB, et al. Optimizing Adequacy of Bowel Cleansing for Colonoscopy: Recommendations From the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology*. 2014 Oct;147(4):903-24.; Hassan C, Bretthauer M, Kaminski MF, et al. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy*. 2013;45(2):142-50.; Mathus-Vliegen E, et al. Consensus guidelines for the use of bowel preparation prior to colonic diagnostic procedures: colonoscopy and small bowel video capsule endoscopy. *Curr Med Res Opin*. 2013 Aug;29(8):931-45.
2. Enestvedt BK, Tofani C, Laine LA, Tierney A, Fennerty MB. 4-Liter split-dose polyethylene glycol is superior to other bowel preparations, based on systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2012 Nov;10(11):1225-31.
3. Kilgore TW, Abdinoor AA, Szary NM, et al. Bowel preparation with split-dose polyethylene glycol before colonoscopy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Gastrointest Endosc*. 2011 Jun;73(6):1240-5.
4. Веселов В.В., Никифоров П.А., Федоров Е.Д. «Клинические рекомендации по подготовке к эндоскопическому исследованию толстой кишки». М. 2011.
5. Seo EH, Kim TO, Park MJ, et al. Optimal preparation-to-colonoscopy interval in splitdose PEG bowel preparation determines satisfactory bowel preparation quality: an observational. *Gastrointest Endosc*. 2012 Mar;75(3):583-90.

RUS.FTR.0302015

Оценка качества скрининговой колоноскопии по критериям Российского эндоскопического общества

Азаров В. Ф., Ветрова И. В.

БУЗОО «Клинический диагностический центр», эндоскопический отдел

г. Омск

В настоящее время колоректальный рак в структуре заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний занимает одно из первых мест в мире. Колоноскопия — наиболее эффективный метод скрининга предопухоловой патологии и рака толстой кишки. Поэтому вопросы повышения качества эндоскопического исследования имеют существенное значение для широкого круга специалистов.

Российским эндоскопическим обществом (РЭО) предложены основные показатели качества выполнения колоноскопии для скрининга колоректального рака, включающие проведение колоноскопии путем сбавивания (собиравания) кишки; показатель проведения колоноскопа в купол слепой кишки — показатель тотальной колоноскопии (ПТК); показатели выявления полипов, (ПВП), аденом (ПВА) и колоректального рака. В Российской Федерации ПВП составляет 21–55 %, ПВА — 15–30 %, ПТК при скрининговой колоноскопии должен быть 90–95 %, при этом эндоскопические исследования, прерванные из-за плохой подготовки (ПП) и стриктур не учитываются (Королев М. П. и др., 2013).

Цель работы

Оценить показатели скрининговой колоноскопии по критериям Российского эндоскопического общества для улучшения качества диагностики предопухоловых заболеваний и рака толстой кишки.

Материал и метод

Проведено аналитическое одномоментное (поперечное) исследование по результатам 151 колоноскопии, выполненной в эндоскопическом отделе диагностического центра за 23 рабочих дня. Условием включения в исследование было выполнение колоноскопии амбулаторным больным для выявления патологии толстой кишки, условием ис-

ключения — наличие противопоказаний для проведения колоноскопии в амбулаторных условиях. Колоноскопия проводилась с использованием техники сбавивания (сбавивания) толстой кишки эндоскопами Olympus CF-V70L без использования общего обезболивания, с применением седации (по желанию пациента). Результаты колоноскопии отражались в протоколе исследования с использованием минимальной стандартной терминологии (МСТ. 3.0). В протокол исследования включались эндоскопические изображения по стандарту Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии (ЕОГЭ, 2003), а также изображения выявленной патологии.

Статистическую обработку полученных данных проводили методами непараметрической статистики с использованием пакета STATISTICA 6.0 (StatSoft, США). Полученные показатели качества скрининговой колоноскопии по показателям РЭО (в процентах) сравнивались с показателями участников программы индикации качества колоноскопии QUACOL (Быков М.И. и Таран А.А., 2015). Выявление различий в распределении признаков — показателей качества скрининговой колоноскопии (ПВП, ПВА, ПТК, НП) в двух выборках из разных учреждений (КДЦ и НИИ-ККБ № 1) проводилось по критерию Фишера (*) (Ивантер Э.В., Коросов А.В., 1992). Статистически значимыми считали результаты при $p < 0,05$.

Результаты исследования приведены в таблицах 1–3.

По результатам проведенного исследования показатель тотальной колоноскопии составил 84,1 % (от всех выполненных исследований)/94,1 % (с учётом неудовлетворительной подготовки и стриктур), показатель выявленных полипов — 85,4 %, показатель выявленных аденом — 43,7 %, показатель выявлен-



Азаров В. Ф.



Ветрова И. В.

Таблица 1. Технические показатели качества колоноскопии

	Число пациентов	%
Обратилось	155	
Выполнено колоноскопий	151*	100,0
Включены в исследование (ПВП, ПВА)	135	89,4
Тотальная колоноскопия	127	84,1/94,1 **
Неудовлетворительная подготовка	11	7,3
Стриктуры (опухолевые)	5	3,3
Спаечный процесс	6	3,9
Подвижная сигмовидная кишка	1	0,7
Дивертикулит	1	0,7

* без пациентов с противопоказаниями к амбулаторной колоноскопии

** с учетом неудовлетворительной подготовки и стриктур

Таблица 2. Показатели выявления полипов, аденом и колоректального рака

КС	КСб	Выявлено полипов	Верифицировано полипов	Аденомы				ГП	ГЭСО	прочие	РТК
				ТАЭДСС	ТАЭДУС	ТВАЭДСС	ТВАЭДУС				
				46	14	5	1				
151	61	129	99	66				31	21	9	7
	40,4%	85,4%	65,6%	43,7%				20,5%	13,9%	6%	4,6%

КС — колоноскопия; КСб — колоноскопия с биопсией; ТАЭДСС — тубулярная аденома с эпителиальной дисплазией слабой степени; ТАЭДУС — тубулярная аденома с эпителиальной дисплазией слабой степени; ТВАЭДСС — тубулярно-ворсинчатая аденома с эпителиальной дисплазией слабой степени; ТАЭДУС — тубулярная аденома с эпителиальной дисплазией умеренной степени; ГП — гиперпластический полип; ГЭСО — гиперплазия эпителия слизистой оболочки толстой кишки; РТК — рак толстой кишки.

Таблица 3. Показатели качества скрининговой колоноскопии

Показатель	КДЦ	QUACOL ¹	φ*	p
ПВП	85,4%	35%	12,8°	<0,001
ПВА	43,7%	21%	5,8°	<0,001
ПТК	84,1/94,1%	88%	1,3°/2,4°	0,09/0,007
НП	7,3%	8%	0,3°	>0,01

¹ — Быков М. И. и Таран А. А., 2015 НИИ-ККБ№ 1 им. С. В. Очаповского, г. Краснодар

° — полученное эмпирическое значение φ* находится в зоне значимости.

°° — полученное эмпирическое значение φ* находится в зоне незначимости.

ного колоректального рака — 4,6%, неудовлетворительная подготовка составила 7,3%.

Полученные данные указывают на то, что доли пациентов с выявленными полипами и выявленными аденомами, а также доля пациентов с тотальной колоноскопией в выборке КДЦ больше, чем в выборке ККБ-НИИ № 1, а доля пациентов с тотальной колоноскопией (от всех выполненных исследований) и доля пациентов с неудовлетворительной подготовкой в выборке КДЦ не больше, чем в выборке ККБ-НИИ № 1.

Таким образом показатели качества скрининговой колоноскопии, предложенные Российским эндоскопическим обществом, дают возможность достоверно оценить уровень проведения скрининга предопухолевых заболеваний толстой кишки и колоректального рака в эндоскопическом отделе, позволяют определить частоту выявления злокачественных и доброкачественных новообразований, указывают пути дальнейшего повышения качества эндоскопической диагностики заболеваний толстой кишки.

Случай диагностики тонкотолстокишечного свища у ребенка 3,5 лет

Афони́на О. Ю., зав. эндоскопическим отделением
Федотова Ю. С., врач-эндоскопист эндоскопического отделения
ГУЗ УОДКБ имени политического и общественного деятеля Ю. Ф. Горячева
г. Ульяновск

Свищ (fistula; син. фистула)- отсутствующий в норме (патологический) канал, выполненный грануляционной тканью или эпителием и соединяющий полости тела, а также, полые органы с внешней средой или между собой.

В 2015 году в клинику обратилась пациентка М., 3,5 года. Со слов мамы с рождения отмечаются периодические срыгивания застойной пищей, рвота, неприятный запах изо рта, жидкий стул, плохая прибавка в весе, отставание в психическом и физическом развитии: ребенок самостоятельно не ходил. Наблюдалась в поликлинике по месту жительства, неоднократно госпитализировалась в инфекционное отделение детской больницы, эндоскопическое исследование не проводилось.

Была выполнена плановая gastroscopia. При введении эндоскопа в пищевод обратил на себя внимание застойный гнилостный запах. По данным эзофагогастродуоденофиброскопии слизистая пищевода на всем протяжении ярко гиперемирована с протяженными эрозиями в средней и нижней трети пищевода. Пищеводно-кардиальный переход сомкнут. В полости желудка большое количество вязкого содержимого желтого цвета. Слизистая желудка ярко гиперемирована, от-

ечна. Привратник свободно проходит. Луковица 12 п.к. гиперемирована, отечна, с множественными геморрагиями. В полости кишечное содержимое. Постбульбарные отделы проходимы, на уровне большого дуоденального сосочка (БДС) визуализируется «удвоение» тонкой кишки (Рис.1, Рис. 2). На стенке кишки определяется устье свищевого хода с ровными краями, округлой формы, около 1см в диаметре. В просвете свища кишечное содержимое (Рис. 3, Рис. 4). Эндоскоп проведен по свищевому ходу, на всем протяжении кишки прослеживаются гаустры.

Выставлено заключение: Рефлюкс-эзофагит. Катаральная гастропатия. Тонкотолстокишечный свищ.

Следует отметить, учитывая данные жалоб, анамнеза, эндоскопическую картину, диагностированная патология является врожденной.

Выполнено хирургическое разделение дуодено-колонофистулы.

Контрольная эзофагогастродуоденофиброскопия была выполнена через три недели после оперативного лечения. При эндоскопии эрозий пищевода не выявлено. Отсутствует застойное кишечное содержимое в желудке и луковице 12 п.к.



Афони́на О. Ю.



Федотова Ю. С.



Рис.1. Удвоение тонкой кишки



Рис. 2. Удвоение тонкой кишки

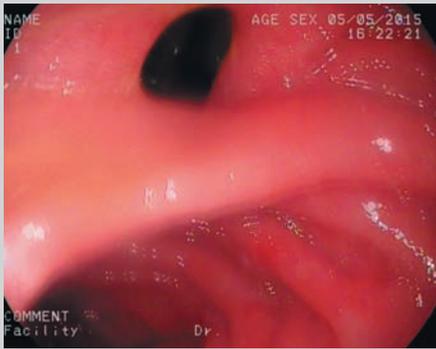


Рис. 3. Устье тонкокишечной фистулы



Рис. 4. Кишечное содержимое в просвете тонкокишечной фистулы

Постбульбарные отделы без видимых патологических изменений.

Обращает на себя внимание внешнее состояние ребенка: отмечается прибавка в весе, самостоятельное передвижение, физическая активность.

Случай с полным основанием может быть отнесен к числу редких. Не вызывает сомнений врожденный характер фистулы у данного пациента. Общий прогноз жизни благоприятный.

Данный случай показывает, что при наличии симптомов срыгивания и рвоты у детей любого возраста, плохой прибавке в весе, отставании в физическом развитии показано проведение эзофагогастродуоденоскопии.

Эндоскопическая диагностика и лечение толстокишечных кровотечений в отделениях реанимации и интенсивной терапии

Великанов Е. В., ведущий научный сотрудник эндоскопического отделения
Мечева Л. В., м.н.с. эндоскопического отделения

ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского»

г. Москва

Актуальность

По данным различных авторов частота кровотечений из нижних отделов пищеварительного тракта, как причины госпитализации, составляет порядка 20–30 случаев на 100 000 взрослого населения в год. Причинами толстокишечных кровотечений (ТКК) наиболее часто являются: дивертикулез, артериовенозные мальформации, ишемический колит, воспалительные заболевания толстой кишки (ВЗТК), инфекционные колиты, неоплазии. Так же встречаются постполипэктомические кровотечения, кровотечения из области анастомозов после оперативных вмешательств и после проведения лучевой терапии. Интенсивность их может варьировать от умеренной до массивной кровопотери, угрожающей жизни пациента. У пациентов, находящихся на лечении в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), риск массивной кровопотери сопряжен с коагулопатией, формирующейся на фоне осложненного течения основного заболевания либо его декомпенсации. Коагулопатия может быть обусловлена многими факторами. Например, массивной кровопотерей во время предшествующего оперативного вмешательства, в том числе после многократных повторных операций, ассоциирована с применением антикоагулянтов и дезагрегантов у пациентов, которым выполняли протезирование клапанов, реконструктивно-пластические операции на магистральных артериях и аорте, наблюдается при септических состояниях. К вынужденной гипокоагуляции прибегают при необходимости проведения экстракорпоральных методов лечения при выраженной почечной и печеночной недостаточности. Кровотечения из толстой кишки (ТК), возникающие на фоне таких состояний, являются сложными для эндоскопической диагностики и лечения ввиду тяжести состояния пациента. Продолжительность эндоскопических исследований и манипуляций у данного контингента больных значительно ограничена.

Цель работы

Оценить возможности диагностической колоноскопии и эндоскопического гемостаза при кровотечениях из толстой кишки у пациентов из отделений реанимации и интенсивной терапии.

Материалы и методы

В ОРИТ ГБУЗ МО МОНИКИ было выполнено 22 срочных колоноскопий (КС) для диагностики кровоте-

чения, проведения эндоскопического гемостаза и определения тактики дальнейшего лечения. В данной работе нами не рассматривались результаты плановых колоноскопий, проведенных с целью диагностики патологии ТК при хронической анемии, ректальных кровотечениях, ранее диагностированных воспалительных заболеваниях ТК и других состояниях, обуславливающих кровопотерю менее 200 мл в сутки. Так же в исследование не включены пациенты с осложненным течением полипэктомии ТК и случаи, в которых источник кровотечения был локализован в прямой кишке (неоплазии, варикозные вены прямой кишки). Исключили пациентов, у которых источник кровопотери был выявлен только в верхних отделах пищеварительного тракта (ВОПТ).

Результаты

Среди 22 пациентов в возрасте от 25 до 81 года (среднее значение возраста составило 57,7 лет \pm 2,9 лет), было 13 мужчин и 9 женщин. Эндоскопические исследования у всех пациентов были выполнены в отделениях реанимации (ОРИТ), куда пациенты были переведены из других отделений института или других ЛПУ Московской области. Продолжительность пребывания в ОРИТ — от 1 до 53 суток, в среднем 13,6 \pm 3,2 суток. Количество койко-дней, проведенных в стационаре у данных больных варьировало от 5 до 75 и в среднем составило 35,1 \pm 3,9 дней. Количество койко-дней, проведенных в стационаре до появления симптомов ТКК составило от 1 до 33 койко-дней, в среднем — 13,5 \pm 2,2 койко-дней. Состояние всех пациентов с развившимися кровотечениями из ТК, которым выполнили срочные эндоскопические исследования, расценивалось как тяжелое, определялось основным заболеванием, в ряде случаев отягощалось массивной кровопотерей.

У 6 пациентов срочная КС была проведена в первые 6 часов от момента диагностики ТКК, у 11 пациентов от выявления признаков ТКК до исследования прошло более 6 но менее 12 часов, у 6 — более 12, но менее 24 часов. Без проведения подготовки было выполнено 5 КС, очистительными клизмами готовили 17 пациентов, пероральный прием препаратов был проведен у 4 больных.

Уровень осмотра ограничивался в основном из-за тяжелого и крайне тяжелого состояния пациентов, с учетом того, что исследования проводились в условиях недостаточной подготовки или вовсе без нее. Тотальная КС

Таблица 1. Причины ТКК с учетом оценки результатов гистологического исследования

Заболевание	Кол-во пациентов
Дивертикулит	1
ВЗТК (НЯК)	1
Псевдомембранозный колит	5
Ишемический колит	5
Язвы и эрозии ТК при НПВС-колопатии	1
Ангиодисплазии	2
Гангрена ТК	2
Злокачественные новообразования	5

была выполнена у 9 больных, неполный осмотр — у 13, в т.ч. ректосигмоскопия у — 10 больных. У 2 исследования было прервано в связи с критическим ухудшением соматического состояния. У 4 диагностическую и лечебную КС завершали до достижения купола слепой кишки в связи с риском ятрогенного повреждения (перфорации) при дивертикулезе (1 пациент), гангрене ТК (1 пациент), ишемическом колите с обширными зонами некроза стенки ТК (2 пациента). У 6 пациентов тотальную КС не выполнили в связи с отсутствием жизненно важной необходимости дальнейшего осмотра при выявлении очевидных признаков патологии, вызвавшей кровотечение. У 1 пациента с аденокарциномой, суживающей просвет сигмовидной ободочной кишки, колоноскоп был проведен только до ректосигмоидного перехода, где находилась опухоль.

Выявить источник кровотечения в при эндоскопическом исследовании удалось у 21 больного из 22. У 1 пациента инвазия злокачественной опухоли в ТК, ставшая причиной ТКК, была диагностирована лишь при аутопсии. Количество проведенных диагностических эндоскопических исследований варьировало от 1 до 3. Многократные исследования проводились в случаях диагностики ангиодисплазий у 2 пациентов и при кровотечении из аррозированного сосуда устья дивертикула у 1 пациента, что обусловлено трудностями эндоскопической верификации данной патологии. У 5 пациентов повторные КС были назначены по причине неудовлетворительных результатов подготовки к предыдущим исследованиям. Получение биоптатов при КС для морфологической верификации выявленных изменений было выполнено у 15 больных.

По интенсивности ТКК подразделялись на капиллярные (у 14 пациентов) и профузные (у 8). При анализе факторов риска кровотечений и рецидивов было выявлено, что на фоне введения антикоагулянтов, дезагрегантов и фибринолитиков развилось 9 ТКК. У 11 пациентов с синдромами острой почечной и/или печеночной недостаточности, ТКК были ассоциированы с проведением экстракорпоральных методов гемокоррекции и детоксикации и/или заместительной почечной терапии. У 2 пациентов с миелодиспластиче-

скими синдромами была выраженная тромбоцитопения. У 10 пациентов ТКК появлялись на фоне коагулопатии, подтвержденной данными лабораторных исследований, в том числе, у 3 был диагностирован синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС). Такие нарушения были отмечены в случае предшествующих продолжительных и осложненных массивной кровопотерей оперативных вмешательств (у 4 пациентов), при сепсисе (у 1 пациента), при сопутствующих кровотечениях из ВОПТ (у 6 пациентов), из трахеобронхиального дерева (1 больная). У 3 пациентов в анамнезе до эпизода ТКК была длительная хроническая кровопотеря.

Для диагностики источника кровотечения и дифференциальной диагностики кровотечений из верхних и нижних отделов ЖКТ так же выполняли эзофагогастроуденоскопию. У 15 пациентов были выявлены сопутствующие эрозивно-язвенные поражения верхних отделов ЖКТ, из них у 9 — с признаками состоявшегося или продолжающегося кровотечения — проведен эндоскопический гемостаз. У 3 пациентов кровотечение из ВОПТ по интенсивности и объему значительно превышало кровопотерю из источников, локализованных в ТК. Массивная кровопотеря одновременно из эрозивно-язвенных дефектов и верхних и нижних отделов ЖКТ было у 1 больного.

Эндогемостаз был выполнен у 21 пациента. Для 3 неоперабельных проведение эндоскопического гемостаза для купирования ТКК было методом выбора. Для локальных источников кровопотери (ангиодисплазии и аррозированный сосуд дивертикула ТК) использовали клипирование (1 пациент) и комбинированный эндогемостаз «Гемоблок» + клипирование (2 больных). Во всех трех случаях рецидива кровотечения не отмечено.

В случае выявления обширной кровоточащей поверхности проводили ее орошение препаратом «Гемоблок» (15 больных), эндоскопическое распыление гемостатических порошков «Эндоклот» — у 1 и «Желпластан» у 2 больных. В результате, успешная безрецидивная остановка диффузных ТКК была достигнута у 9 пациентов (у 6 препаратом «Гемоблок», у 2 — «Желпластан»). У 4 пациентов применение препарата «Гемоблок» позволило остановить ТКК, стабилизировать состояние пациентов, подготовить и успешно провести оперативное лечение по жизненным показаниям в объеме субтотальной колэктомии и гемиколэктомии. У 6 больных на фоне ДВС и коагулопатии при сомнительном прогнозе течения основного заболевания ТКК рецидивировали неоднократно, что требовало повторных проведенных лечебных эндоскопических вмешательств. Во всех случаях при повторных КС проводили орошение кровоточащих дефектов «Гемоблоком», сводя к минимуму интенсивность и объем кровопотери.

Выводы

Эндоскопическая диагностика и лечение ТКК у пациентов ОРИТ относится к числу сложных лечебных мероприятий, требующих специальной подготов-

ки, большого опыта работы. Комплексное применение различных методик эндоскопического гемостаза было наиболее эффективным. Метод эндоскопического клипирования мог быть использован только для локальных источников кровотечения. При лечебных КС в условиях ОРИТ большое значение имела техническая простота применения гемостатических средств. Эндоскопическое распыление порошкообразных гемостатиков у данного контингента больных было от-

носительно эффективным, но ограниченным в применении из-за технического неудобства нанесения. Наиболее удобным для эндоскопического гемостаза на большой площади поражения ТК являлся препарат «Гемоблок». Успех эндоскопического гемостаза во многом зависел от адекватного и патогенетически обоснованного консервативного лечения, направленного на устранение декомпенсации свертывающей системы крови.

Диагностическая ценность колоноскопии при дивертикулярной болезни толстого кишечника. Состояние вопроса в республике Марий Эл

Голодюк Е. А., врач-эндоскопист, Рыжков В. Л., врач-эндоскопист, Фурина Р. Р., врач-эндоскопист, Юрьева С. Н., врач-эндоскопист, Митракова Н. Н., зав. отделением эндоскопии д.м.н., проф.

Республиканская Клиническая Больница

г. Йошкар-ола



Голодюк Е. Н.



Рыжков В. Л.



Фурина Р. Р.

Дивертикулярная болезнь — приобретенное заболевание. Принято считать, что оно развивается вследствие нарушения моторики кишечника и влечет за собой появление в стенке кишки участков с повышенным внутрикишечным давлением.

В России дивертикулярная болезнь встречается у 23–26 % населения старше 45 лет. Так же растет частота дивертикулитов и дивертикулярных кровотечений.

У большинства пациентов дивертикулярная болезнь протекает бессимптомно. И лишь в небольшом проценте случаев появляются такие симптомы, как боль в нижних отделах живота и нарушение функции кишечника, которое проявляется в виде запоров, причем длительное отсутствие стула значительно усиливает вздутие и болевой синдром. Иногда отмечается диарея, не носящая постоянного характера. Нередко больные жалуются на неустойчивый стул, сопровождающийся тошнотой или рвотой.

Осложненное течение заболевания проявляется довольно ярко. При осложненном течении данного заболевания, пациенты жалуются на появление или усиление болей, чаще локализованных в левых отделах живота, что сопровождается повышением температуры и повышением показателей острой фазы заболевания. Это помогает отличить дивертикулит от функциональных болей. При распространении воспалительного процесса возможно образование инфильтрата брюшной полости, с легкостью пальпируемого через переднюю брюшную стенку, и абсцедирование с угрозой прорыва в брюшную полость. Перфорация дивертикула встречается как при клинически выраженном, так и бессимптомном дивертикулите ободочной кишки. Перфорация в свободную брюшную

полость ведет к развитию перитонита. Нередко дивертикулярная болезнь осложняется кишечным кровотечением, как профузным, так и скрытым, которое проявляется позже и зачастую лишь симптомами анемии. В таком случае, как правило, назначается комплексное обследование пациента, для проведения дифференциальной диагностики. Основным и наиболее информативным методом скрининговой программы по верификации диагноза является тотальная колоноскопия.

Состояние проблемы в республике Марий Эл за 2011–2015 гг

На базе Республиканской клинической больницы были проведены более 2000 колоноскопий. Из них 2/3 процедур носили диагностический характер, остальные — лечебные. Цель данного исследования — оценить диагностическую ценность колоноскопии для выявления дивертикулов толстой кишки у больных, перенесших эпизод кишечного кровотечения. Был проведен анализ всех пациентов, находившихся на лечении в Республиканской клинической больнице, с диагнозом кишечное кровотечение. Всем пациентам проведена тотальная колоноскопия в условиях стационара.

Анализ полученных данных показал, что в течение 5 лет обследовано 464 пациента с одним или более эпизодами кишечного кровотечения. Из них пациенты с одним случаем кишечного кровотечения в 2011–30 % (24), в 2012 году –32 % (26), в 2013 году –33 % (30), в 2014 году — 36 % (34), в 2015 году — 34 % (31), с двумя и более случаями в 2011–48 % (51), в 2012 году –54 % (74), в 2013 году –55 % (59), в 2014 году — 55 % (61), в 2015 году — 58 % (72).

Возрастные категории: до 45 лет у 16 % больных впервые выявлены ди-



вертикулы толстого кишечника, старше 45 лет — 32%.

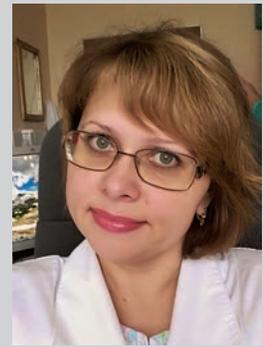
Сопутствующие заболевания ЖКТ (92%): хронический гастрит — 46% больных; хронический колит — 52%; полипы толстого кишечника — 72% больных дивертикулярной болезнью.

Выводы

1. В структуре заболеваний кишечника дивертикулез встречается в 16% случаев у людей до 45 лет; и более чем в 30% случаев у людей старше 45 лет.
2. Клинически проявляется однократным кишечным кровотечением

в 30–36% случаев; многократным — 48–58% случаев.

3. В подавляющем большинстве случаев (92%), люди, страдающие дивертикулярной болезнью толстого кишечника, имеют так же ряд сопутствующих заболеваний ЖКТ, а именно: полипы толстого кишечника, хронический колит, хронический гастрит.
4. Во всех случаях кишечного кровотечения источник был установлен с помощью колоноскопии, что подтверждает её диагностическую ценность при заболеваниях толстого кишечника.



Юрьева С. Н.



Митракова Н. Н.

Возможности технологии спектрального цветового выделения в дифференциальной диагностике полипов толстой кишки

Дуванский В. А., зав. кафедрой эндоскопии, эндоскопической и лазерной хирургии Российского университета дружбы народов (РУДН), руководитель отделения эндоскопической хирургии ФГБУ «Государственный научный центр лазерной медицины ФМБА России»

Белков А. В., врач-эндоскопист, отделение эндоскопии, Научный клинический центр ОАО «РЖД»

г. Москва



Белков А. В.

Актуальность

Проблему онкологических заболеваний можно назвать «чумой» современного человечества. Высокая летальность, наглядно демонстрирует нам, насколько мы далеки от решения этой проблемы. По обновленным данным Globocan 2012, в Российской Федерации зарегистрировано 458.382 новых случаев онкологических заболеваний, смертность в обеих группах полов составила 295357 случаев [1]. В 2015 году в РФ зарегистрировано 61123 новых случаев заболевания КРР, что на 1200 (2%) случаев больше чем в 2012 году [2].

На этапе внедрения эндоскопии и до сегодняшних дней, ряд ведущих патологоанатомов запада и востока сходятся в едином мнении, что высокая заболеваемость и смертность от колоректального рака (КРР) связана с недостаточной прижизненной диагностикой предраковых новообразований. Ведущей опухолевой патологией толстой кишки они выделяли аденоматозные полипы, тем самым по праву утверждая, что основным путем развития КРР является последовательность аденома-рак [6, 8]. Однако благодаря совокупной работе врачей эндоскопистов, обладающих современными, высокотехнологическими методами дигностической колоноскопии, патоморфологов и молекулярных биологов, современная медицина смогла выделить новую подгруппу неопластических образований, так называемых зубчатых аденом. Данная подгруппа неоплазий смогла объяснить феномен развития рака «de novo» [3, 5, 7].

Бесспорным преимуществом эндоскопических методов исследования является возможность прижизненной морфологической оценки тканей измененного участка толстой кишки. На начальном этапе, метод биопсии являлся окончательным актом внутрипросветной диагностики. Тем не менее, с развитием видеоэндоскопии,

появлялись различные вспомогательные методы диагностики такие как хромоскопия, эндоскопия высокого разрешения, магнификационная эндоскопия, виртуальная хромоскопия, предназначенные облегчить труд врача эндоскописта в диагностике типов неоплазий, в некоторых случаях, даже позволяющие заподозрить наличие раннего рака. Методики развивались и активно внедрялись в том числе и Российской Федерации. В связи с этим возникла предпосылка возможного отказа от прижизненной гистологической верификации неоплазий методом холодной биопсии. Современные, мировые тенденции лечения в том числе в эндоскопии, стремятся к интенсификации коечного фонда, снижению экономических затрат на диагностику и лечение. Тактика «resect and discard» набирающая популярность на западе, подразумевает под собой использование комбинации вспомогательных технологий прижизненной диагностики с последующим одномоментным лечением пораженного участка толстой кишки [4]. Зарубежные авторы утверждают, что диагностическая значимость технологии спектрального цветового выделения (FICE) сопоставима с ее аналогом — NBI, тем не менее использование всех стандартных настроек режимов в диагностике гистологического типа полипа считаем лишним и усложняющим процесс восприятия ткани полипа [6]. Путем персонализации, нами созданы индивидуальные настройки двух режимов FICE.

Материалы и методы

На базе эндоскопического отделения научного клинического центра ОАО «РЖД» в рамках научного изыскания была проведена прижизненная диагностика полипов толстой кишки при помощи FICE с возможностью магнификации, эндоскопическими стойками EPX-4400 HD, видеоэндоскопами EC-590 ZW, производства фирмы Fujinon, с последующим одномоментным лечени-

ем полипов путем полипэктомии или резекции слизистой. Проводили осмотр в пользовательских режимах FICE-0 (световой спектр R530, G 485, B505; усиление света R3, G 4, B3) и FICE-1 (световой спектр R550, G 500, B470; усиление света R2, G 4, B4). Микроструктура ямочного и сосудистого рисунка оценивалась по классификациям Kudo и Sano. Обследовано 18 человек, из них мужчин составило 12 человек, женщин 6. Средний возраст на момент осмотра составлял $63 \pm 1,2$ года. Диагностировано 21 полиповидное образование. 6 полипов располагались в нисходящем, 5 в сигмовидном, 4 в прямом, 3 в восходящем, 3 в поперечно-ободочном отделе толстой кишки. Полиповидные и неполиповидные неоплазии классифицировались по Парижской классификации неоплазий, так тип Is составил 8 полипов, тип Ip составил 3 полипа, тип Isp составил 9 полипов, тип IIb составил 1 полип. Неоплазии были разделены на 4 группы согласно Венской классификации: 1-я группа включала в себя все виды гистоморфологически подтвержденных инвазивных и неинвазивных карцином; 2-я- аденоматозные образования с диспластическими изменениями 1–3 степени; 3-я- образования с неопределенной дисплазией; 4-я- контрольная, образования негативные по диспластическим изменениям, воспалительного характера.

Результаты

Гистологические типы неоплазий были представлены следующими данными: инвазивные неоплазии составили 4.7%, аденомы с диспластическими изменениями (1–3 степени) 22.3%, образования с неопределенной дисплазией, смешанным аденоматозно-гиперпластическим гистологическим строением 14.2%, образования негативные по диспластическим изменениям 28.5%. Диагностическая точность осмотра неоплазий толстой кишки при помощи FICE-71.4%. На основании применения классификаций ямочного и сосудистого рисунка у одного из пациентов, на диагностическом этапе было высказано предположение касательно наличия в составе полипа неинвазивной рака. Было выполнена полипэктомия неоплазии. Препарат

отправлен на экспресс диагностику, окончательное морфологическое суждение сошлось с предварительным диагнозом. Предварительное гистологическое заключение в дифференцировке типов аденоматозных полипов было достигнуто в 72,7% случаев, однако остается проблема дифференцировки тубулярно-ворсинчатых образований, а также образований, имеющих в своей структуре несколько компонентов различных гистологических типов. Вероятной причиной данной проблемы может являться тип Ip и его мобильность по отношению к подлежащей слизистой, размер неоплазии более 1.0 см в диаметре и наличием покрывающего поверхность муцина, что затрудняет детальный осмотр всей поверхности неоплазии. Стоит отметить значимый прогресс в диагностике гиперпластических полипов с реактивными изменениями, предварительное гистологическое суждение совпало в 75% с заключением морфолога. Для гиперпластических полипов с реактивными изменениями была характерна стертость ямочного рисунка или едва заметная контурность ямочного рисунка по типу «пчелиных сот» с имеющимися на поверхности сосудистым рисунком в виде хаотично расположенных пунктирных линий, по внешнему виду напоминающие «пролесок». В 50% случаев предварительно удалось верно оценить прижизненную морфологию зубчатых аденом на ножке, но остается нерешенным вопрос дифференцировки зубчатых аденом и гиперпластических полипов на широком основании.

Заключение

Технология спектрального цветового выделения с возможностью увеличения позволяет более точно оценить тип неоплазии при эндоскопическом исследовании, помогает в выборе тактики лечения и позволяет снизить стоимость лечения пациента. Пользовательские режимы, использованные в исследовании, оптимально подходят для оценки микроструктуры и ямочного рисунка, позволяют в 70% случаев верно предполагать гистологическую структуру полипов толстой кишки.

Литература

1. GLOBOCAN2012: Estimated number of cancer cases and death. All ages. Both sexes. Russian Federation in 2012: International Agency for research Cancer. World Health Organisation; 2015 [cited 2015 15/7/15]. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheers_cancer.asp
2. GLOBOCAN2012: Estimated number of new cancer. Colorectum. All ages. Both sexes. Russian Federation in 2012: International Agency for research Cancer. World Health Organisation; 2015 [cited 2015 15/7/15]. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheers_cancer.asp
3. Grady W. M., Carethers J. M. Genomic and epigenetic instability in colorectal cancer pathogenesis // *Gastroenterology*.— 2008.— 135: 1079–1099.
4. Hassan C., Pickhardt P. J., Rex D. K. A resect and discard strategy would improve cost-effectiveness of colorectal cancer screening // *Clin. Gastroenterol. Hepatol*.— 2010.— 8: 865–869.
5. Jass J. R. Classification of colorectal cancer based on correlation of clinical, morphological and molecular features // *Histopathology*.— 2007.— 50: 113–130.
6. Kang H. Y., Kim Y. S., Kang S. J., et al. Comparison of Narrow Band Imaging and Fujinon Intelligent Color Enhancement in Predicting Small Colorectal Polyp Histology // *Dig. Dis. Sci*.— 2015.— 60(9): 2777–2784.
7. Samowitz W. S., Slattery M. L., Sweeney C., et al. APC mutations and other genetic and epigenetic changes in colon cancer // *Mol. Cancer Res*.— 2007.— 5: 165–170.
8. Sato E., Ouchi A., Sasano N., Ishidate T. Polyps and diverticulosis of large bowel in autopsy population of Akita prefecture, compared with Miyagi // *Cancer*.— 1976.— 37: 1316–1321.
9. Williams A. R., Balasooriya B. A. W., Day D. W. Polyps and cancer of the large bowel: a necropsy study in Liverpool // *Gut*.— 1982.— 23: 835–842.

Эндоскопическая декомпрессия толстой кишки в этапном лечении рака толстой кишки, осложненного кишечной непроходимостью

Егиев В. Н., Василенко К. В., Кадеев Д. С., Селиваненко А. В., Груба Л. Н.

ГКБ№ 1 им. Пирогова Н. И.

г. Москва

Колоректальный рак занимает второе место в структуре женской онкологической заболеваемости, уступая раку молочной железы, и третье место в структуре мужской заболеваемости.

В 2008 году в России зарегистрировано 31732 новых случаев рака ободочной кишки и 23987 случая рака прямой кишки. По распространенности у мужчин находится на 2 месте, у женщин на 3 (Давыдов М. И., Аксель Е. М. Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, т. 21, № 2 (80) (прил. 1), 2010).

Из-за поздней диагностики пациенты поступают в стационар с клиникой кишечной непроходимости.

С целью разрешения и профилактики кишечной непроходимости без операции и выведения колостомы используется эндоскопическое лечение.

В 2015 году в ГКБ№ 1 в качестве первого этапа лечения 12 больным с обструкцией толстой кишки предпринималась попытка установки саморасправляющихся нитиноловых стентов.

При поступлении всем проведено: УЗИ органов брюшной полости, КТ. После постановки диагноза больным проводился ретроградный лаваж кишечника для подготовки к колоноскопии. Во время эндоскопического исследования определялась локализация образования, протяженность, степень обтурации просвета. С целью уточнения гистологической формы рака производили биопсию. По биопсийному каналу эндоскопа через зону стеноза проводился гибкий проводник, по которому под рентгеноскопическим контролем низводился стент.

В ряде случаев проводник устанавливался по катетеру, через который контрастировали расширенные вышележащие отделы кишки. Степень раскрытия оценивали сразу двойным методом: эндоскопически и рентгеноскопически. Дополнительный рентгенологический контроль выполнялся через сутки после вмешательства.

Возраст пациентов колебался от 50 до 89 лет (средний возраст 76 лет).

Женщин 10, мужчин 2. Отмечено поражение следующих отделов: селезеночный изгиб 2, ректосигмоидный отдел 6, сигмовидная кишка 4. Успешная реканализация просвета произошла в 7 случаях, среднее время затраченное на вмешательство составило 20 минут. У 3 больных из-за полного прорастания просвета не удалось провести струну проводник, в 1 случае, при извитой протяженной области сужения, после введения струны не удалось провести стент, и у одного пациента возникло осложнение в виде перфорации кишки проксимальным концом стента. Осложнение было диагностировано эндоскопистом. Все пациенты с неудавшейся попыткой восстановления просвета оперированы, выполнена лапароскопически-ассистированная операция Гартмана.

У всех больных было отмечено улучшение состояния, связанное с восстановлением пассажа кала. Летальных исходов не было.

Своевременная установка стента позволяет восстановить просвет толстой кишки и избежать стомирования, подготовить пациента к плановой операции.

Современные подходы в обучении выполнения колоноскопии

Завьялов Д. В. Кашин С. В. Веселов В. В.

Ярославская областная онкологическая больница
Ярославский государственный медицинский университет
ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии им А. Н. Рыжих» МЗ РФ,

г. Москва

Повышения уровня подготовки врачей-эндоскопистов проведение колоноскопии с целью скрининга предраковой патологии и КРР является важной задачей постдипломного медицинского образования. В ряде стран профильными обществами были разработаны руководства по подготовке и аккредитации врачей именно для выполнения скрининговой колоноскопии. Так же в ряде стран разработаны новые системы оценки теоретической и практической подготовленности эндоскописта по всем аспектам выполнения колоноскопии. Такие подходы обусловлены тем, что стаж работы врача и количество выполненных им исследований сами по себе не может гарантировать достаточный профессионализм в выполнении скрининговой колоноскопии. Наряду с этим, технологические инновации открывают огромные перспективы в обучении эндоскопистов в выполнении качественной колоноскопии.

Подготовленность врача к выполнению скрининговой колоноскопии определяется минимальным уровнем навыков, знаний, полученных посредством обучения и опыта, которые необходимо безопасно и квалифицированно выполнять. Изменения в законодательстве РФ: предстоящая обязательная аккредитация медработников, кредитная система оценки подготовки врачей и т.д. требуют новых подходов к образовательным программам постдипломного образования по эндоскопии.

В рамках концепции непрерывного медицинского образования и применения симуляционных технологий, мы внедрили в работе эндоскопического учебного центра Ярославского государственного медицинского университета (ЯГМУ) образовательные мастер-классы и семинары, позволяющие практикующему врачу-эндоскописту повысить свою подготовленность выполнения колоноскопии.

Курс подготовки включают три основных раздела:

Раздел № 1.

Теоретическая подготовка

Этот этап состоит из курса мини-лекций, посвященных современным требованиям и нюансам выполнения колоноскопии. Далее наставник выполняет показательную колоноскопию. При этом исследование выполняется в отделение эндоскопии Ярославской областной онкологической больницы, а курсанты наблюдают ее дистанционно из учебного кабинета. Изображение транслируется в формате высокой четкости, диалог преподавателя и аудитории происходит в режиме реального времени по выделенному звуковому каналу. Колоноскопия выполняется эндоскопами самых современных моделей, демонстрируются последние технические возможности аппаратуры в диагностике патологии кишечника в реальных клинических случаях, выполняются лечебные вмешательства (полипэктомия, резекция слизистой и т.д.).

Раздел № 2.

Работа на тренажере

На этом этапе курсанты выполняют колоноскопию на специальном механическом тренажере Kagaku (Япония). Этот тип тренажера предназначен для отработки координации движений при управлении эндоскопом и позволяет моделировать различные анатомические особенности толстой кишки и разные категории сложности исследования. Это позволяет курсанту отработать механические навыки выполнения колоноскопии под руководством наставника и в дальнейшей практике избежать возможных сложностей или даже ошибок.

Раздел № 3.

Работа на моделях органов животных в качестве тренажера

Мы используем в качестве тренажера свежезаготовленные или однократно замороженные фрагменты коровьей кишки (Рис. 1). Тренажер представляет собой



Завьялов Д. В.



Кашин С. В.



Веселов В. В.



Рис. 1



Рис. 2

фрагменты коровьей кишки, помещенный в пластмассовый корпус, имитирующий форму брюшной полости человека. Тренажер позволяет выполнить как базовые лечебные манипуляции (полипэктомию), так и более сложные (резекцию слизистой оболочки, диссекцию в подслизистом слое), поэтому может быть использован для обучения курсантов различного уровня подготовленности. На тренажере имеется возможность симулировать артериальное пульсирующее кровотечение и обучать выполнению эндоскопического гемостаза методикой клипирования.

В июле 2015 года в рамках международной конференции «Высокие технологии в эндоскопии пищеварительной системы», на большой группе обучающихся был протестирован виртуальный компьютерный тренажер «Symbionix GI Mentor». Эта модель является в настоящее время одним из самых совершенных тренажеров для обучения эндоскопии пищеварительной системы. При этом тренажер имеет программу, включающую более 120 задач и случаев разнообразных патологических состояний, что позволяет использовать его для подготовки любой сложности. Программа по колоноскопии настроена таким образом, чтобы обеспечить максимальную реалистичность, в том числе тактильных ощущений.

Целью создания эндоскопических тренажеров является точное воспроизведение процесса выполнения эндоскопической процедуры у человека. Механические модели потенциально полезны для развития координа-

ции движений у врача-эндоскописта, но зачастую им недостаточно реализма. Тренажеры с использованием органов животных позволяют воспроизводить ряд патологических состояний и выполнить лечебные манипуляции различной категории сложности. Таким образом, в своей практике мы используем гибридную симуляционную технологию, сочетающую в образовательном процессе симуляционные технологии различного типа.

На проводимые курсы обучения колоноскопии преподавателями были как сотрудники ЯГМУ, так и приглашенные эксперты ведущих российских научных центров, и международные эксперты из европейских стран и Японии.

Заключение:

Инновационные подходы обучения, используемые в работе эндоскопического учебного центра ЯГМУ, позволяют врачу приобрести и повысить уровень навыков по проведению диагностической и лечебной колоноскопии. Использование гибридных симуляционных технологий позволяет обучающемуся выполнить неограниченное число повторов для отработки навыков и ликвидации возможных ошибок, а так же провести преподавателю объективную оценку уровня выполнения манипуляции. Такая методика обучения должна привести к повышению качества проводимых в дальнейшем колоноскопий, и в итоге повысить ценность этого метода для диагностики предраковой патологии и КРП.

Литература

1. Stanford S, Lee S., Masaquel C., Lee R. H. Achieving competence in colonoscopy: Milestones and the need for a new endoscopic curriculum in gastroenterology training *World J Gastrointest Endosc.* Dec 10, 2015; 7(18): 1279–1286 Doi: 10.4253/wjge.v7.i18.1279
2. Sedlack R.E, Shami V.M, Adler D.G, Coyle W.J, DeGregorio B, Dua K.S, DiMaio C.J, Lee L.S, McHenry L, Pais S.A. Colonoscopy core curriculum. *Gastrointest Endosc.* 2012;76:482–490. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2012.04.438>
3. Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21. 11. 2011 г., ст. 69 Доступно на 12.01.2016г <http://www.rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html>
4. Балкизов З.З. Непрерывное медицинское образование: применение симуляционных технологий в ЛПУ // *Здравоохранение.* — 2011. — № 10. — С. 44–49.

Сосудистые поражения купола слепой кишки как источник толстокишечного кровотечения (Серия клинических наблюдений)

Е. В. Иванова, Е. В. Тихомирова, Е. Д. Фёдоров

Кафедра госпитальной хирургии № 2 с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии РНИМУ им. Н. И. Пирогова
 (зав. каф., проф. С. Г. Шаповальянц)
 Медицинский центр «Клиника К+31» (гл. врач Б. Т. Чурадзе)
 Городская клиническая больница № 31 (гл. врач Н. М. Ефремова)

г. Москва

Сосудистые поражения толстой кишки занимают второе место после дивертикулеза среди причин кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и диагностируются чаще у пациентов в возрасте старше 60 лет [3]. На сегодняшний день существует много терминов (например, ангиоэктазии, ангиодисплазии, артерио-венозные мальформации и т.д.), которыми называют сосудистые поражения ЖКТ, однако окончательный диагноз, и, соответственно, определение визуализируемого сосудистого поражения может быть дано только после патоморфологического исследования операционного материала [5]. Согласно классификации, принятой в Мельбурне Международной Ассоциацией по изучению сосудистых аномалий (ISSVA) в апреле 2014 г., к сосудистым поражениям относят гемангиомы и сосудистые мальформации; последние бывают нескольких типов: капиллярные, венозные, артерио-венозные, лимфатические и другие. Также встречается и сочетание различных типов мальформаций [5].

Согласно литературным данным, в большинстве случаев сосудистые поражения локализуются в куполе слепой кишки и восходящей ободочной кишке (до 77%), могут располагаться изолированно, либо в виде множественных структур [3]. Причина возникновения сосудистых поражений толстой кишки до конца не понятна, однако считается, что их возникновение связано с хронической венозной обструкцией. Преимущественное расположение данных поражений в правых отделах толстой кишки связывают с тем, что в слепой кишке, в сегменте с наибольшим диаметром, поддерживается максимальное давление на стенку органа, постоянное сокращение волокон мышечного слоя является причиной

частичной окклюзии вен подслизистого слоя, что в дальнейшем приводит к их дилатации [3].

Как правило, сосудистые поражения толстой кишки протекают бессимптомно, однако в 15% случаев могут проявляться гематокезией, меленой или железодефицитной анемией. При этом кровотечения имеют тенденцию спонтанно останавливаться в более, чем в 90% случаев, но зачастую бывают рецидивными [6]. Впервые взаимосвязь между сосудистым поражением слизистой оболочки толстой кишки и аортальным стенозом была описана Heyde в 1958 г. [1]. Также было выявлено, что данным поражениям слепой кишки часто сопутствуют такие заболевания, как хроническая почечная недостаточность, болезнь Виллебранда и цирроз печени [3]. В настоящее время эффективными методами диагностики считаются колоноскопия и мезентерикография, а к основным методам лечения относят эндоскопический и хирургический [1].

Эндоскопическое лечение ангиоэктазий толстой кишки включает введение раствора адреналина, аргоно-плазменную коагуляцию (АПК) и клипирование [4, 6, 7]. Согласно клиническим рекомендациям по диагностике и лечению пациентов с ангиодисплазиями кишечника от 2013 года, профузные, рецидивирующие кишечные кровотечения с выраженной анемизацией и ухудшением общего состояния больных, являются показанием к хирургическому лечению: операцией выбора в большинстве случаев является правосторонняя гемиколэктомия с формированием илео-трансверзоанастомоза [1].

Представляем серию клинических наблюдений, демонстрирующих разнообразные проявления и течение заболе-



Иванова Е. В.



Тихомирова Е. В.



Федоров Е. Д.

вания у пациентов с сосудистыми поражениями купола слепой кишки.

Пациент А., 82 лет, поступил в нашу клинику в экстренном порядке в марте 2013 г. с клинической картиной массивного желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК), которое проявилось слабостью, головокружением, меленой. Из анамнеза известно, что в 2000 г пациенту была выполнена лапаротомия, резекция участка тонкой кишки с ангиоэктазиями, явившимися источником ЖКК тяжелой степени. С 2001 по 2013 гг наблюдалась стойкая ремиссия, самочувствие было удовлетворительным, уровень гемоглобина составлял 130 г/л. Сопутствующими заболеваниями у пациента была ИБС, атеросклероз аорты, коронарных артерий и сосудов мозга, нарушение ритма по типу суправентрикулярной экстрасистолии. При экстренной ЭГДС пациенту была выполнена АПК расширенных сосудистых капилляров желудка; при срочной колоноскопии диагностированы две ангиодисплазии в правых отделах толстой кишки, без признаков кровотечения на момент осмотра. При видеокапсульной эндоскопии (ВКЭ) были зарегистрированы множественные ангиодисплазии тела желудка, множественные лимфангиэктазии и флебэктазии тощей и подвздошной кишки, а также ангиодисплазии слепой кишки. При проведении пероральной энтероскопии, достоверных данных за наличие источников кровотечения в тонкой кишке выявлено не было. Пациент был выписан домой, с уровнем гемоглобина 86 г/л.

Однако через 2 недели (апрель 2013г) пациент был вновь госпитализирован в реанимационное отделение клиники с предварительным диагнозом рецидивирующее тонкокишечное кровотечение из неустановленного источника. Клинической картине кровотечения сопутствовала анемия тяжелой степени (гемоглобин — 58 г/л, эритроциты — $2,07 \times 10^9$ /л, гематокрит — 17,4%). Была начата трансфузионная, инфузионная и гемостатическая терапия. При экстренно выполненной ЭГДС данных за перенесенное или активное кровотечение в верхних отделах ЖКТ выявлено не было. При колоноскопии в куполе слепой кишки, были выявлены две сосудистые мальформации размером до 4 мм и 2 мм, неправильной формы с «капиллярным ответвлением», без признаков кровотечения. Было выполнено клипирование сосудистых поражений; диффузное подтекание крови после наложения клипс было остановлено с помощью АПК. Период после вмешательства протекал благоприятно, через 10 дней пациент был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. Через год пациенту была выполнена контрольная колоноскопия, при которой в куполе слепой кишки, в том числе в месте ранее клипированных сосудистых поражений изменений слизистой оболочки выявлено не было; обнаруженная 3-х мм мальформация нисходящей ободочной кишки была клипирована тремя металлическими клипсами с дополнительной АПК (ввиду подтекания крови после наложения первой клипсы). За весь прошедший период (чуть менее 3-х лет) рецидивов кровотечения у пациента не было, чувствует себя хорошо, уровень гемоглобина 110 г/л.

Представленный клинический случай демонстрирует сложность диагностики источника часто рецидивирующих массивных кровотечений, которым являлись небольшие сосудистые поражения купола слепой кишки, которые изначально не расценивались как источник кровотечения.

Пациентка К., 62 лет была госпитализирована в нашу клинику в экстренном порядке 1.02.2013 г. с жалобами на головокружение, слабость, эпизод потери сознания, многократный темный стул с вишневыми сгустками, с анемией тяжелой степени (гемоглобин — 67 г/л, эритроциты — $2,57 \times 10^9$ /л, гематокрит — 18,1%). Подобное — впервые. Учитывая клинику заболевания больную подготовили для срочной колоноскопии, при которой в куполе слепой кишки была выявлена ярко гиперемированная мальформация неправильной формы размером до 7 мм, без признаков кровотечения на момент осмотра. Сосудистое поражение было клипировано двумя клипсами, подтекание крови остановлено дополнительным введением 2 мл физиологического раствора с адреналином и выполнена АПК по краю наложенных клипс, после чего потребовалось наложение еще 3 клипс для достижения адекватного гемостаза. Период после вмешательства протекал в реанимационном отделении, где проводилась инфузионная, трансфузионная (520 мл эритроцитарной взвеси) и гемостатическая терапия. Рецидива кровотечения не было; на 4 сутки больная была выписана из стационара в удовлетворительном состоянии. При контрольной колоноскопии, выполненной через месяц после выписки, в куполе слепой кишки, в месте клипирования, имелось остаточное звездчатое втяжение слизистой, расширенных сосудистых структур не было. Рецидивов кровотечения в течение 3-х лет наблюдения не было.

Данный клинический случай демонстрирует развитие массивного кровотечения из сосудистой мальформации купола слепой кишки у пациентки без сопутствующей патологии. Правильно расцененная клиническая картина, обнаруженный источник кровотечения и своевременное проведение эндоскопического лечения, обеспечили пациентке кратковременное пребывание в стационаре и длительный безрецидивный период.

Пациент Р, 63 лет, обратился в нашу клинику 21.12.2015 для проведения колоноскопии с жалобами на периодическое появления примеси крови в стуле. В анамнезе, в течение года, отмечал эпизод кровотечения, который проявился гематохезией в течение 2-х дней, по поводу чего пациент за медицинской помощью не обращался; кровотечение остановилось самостоятельно. При обращении клинических и лабораторных признаков анемии выявлено не было. При колоноскопии: в куполе слепой кишки были выявлены три сосудистые мальформации размерами от 4–5 мм до 7 мм, наибольшая — локализовалась чуть ниже устья аппендикса, на небольшой флебэктазии. Данные находки были расценены как возможный источник ранее перенесенного кровотечения и с целью профилактики рецидивов последнего была выполнена АПК и клипирование мальформаций. Послеоперационный период протекал гладко, однако через 6 дней

пациент вновь обратился в клинику с жалобами на обильное выделение крови со сгустками из толстой кишки. При экстренной колоноскопии (без подготовки) в слепой кишке, две меньшие по размеру мальформации не имели признаков кровотечения, однако у края ранее наложенных клипс на наибольшую сосудистую мальформацию, визуализировался сосуд диаметром до 2,5 мм с активным истечением крови. С целью остановки кровотечения было выполнено введение смеси физиологического раствора с адреналином с последующим клипированием сосуда четырьмя клипсами до полной остановки кровотечения. В послеоперационном периоде кровотечения не наблюдалось, пациента выписали на 4-е сутки в удовлетворительном состоянии, с уровнем гемоглобина 110 г/л. На 7.02.2016 г. данных за рецидив кровотечения у пациента не было, планируется выполнение контрольной колоноскопии через полгода. Данный случай демонстрирует всё «коварство» мелких сосудистых поражений, которые могут проявляться как незначительными кровотечениями, не заставляющими пациента обращаться за помощью, а в тоже время массивным кровотечением из крупной сосудистой структуры, возникшим в ближайшем периоде после вмешательства.

Пациент Г., 69 лет, обратился к нам в клинику 18.01.2016 для проведения колоноскопии в связи с наличием выявленного ранее эпителиального образования толстой кишки. При этом жалоб пациент не предъявлял, кровотечений никогда не было. При колоноскопии в куполе слепой кишки было выявлено

две сосудистые мальформации на участках диаметром до 7 и 10 мм, без признаков кровотечения на момент осмотра. Также диагностировано эпителиальное образование (аденома) Is типа в сигмовидной ободочной кишке (удалено с помощью эндоскопической резекции слизистой оболочки).

Учитывая отсутствие клинической картины кишечного кровотечения, нормальный уровень гемоглобина, эндоскопического воздействия на сосудистые поражения не оказывалось. Представленное наблюдение — выявление крупных мальформаций, с типичной локализацией, не проявляющихся клинической картиной кровотечения. Вопрос о необходимости клипирования выявленных сосудистых поражений пока не решен.

Заключение

Представленные клинические случаи демонстрируют различные клинические проявления сосудистых поражений купола слепой кишки: от «мягких» бессимптомных, либо скрытых, рецидивирующих, сложно и долго диагностируемых кровотечений легкой степени до «агрессивных» — массивных кровотечений, нередко также рецидивирующих, требующих лечения в реанимационном отделении. Эндоскопическое лечение, включающее применение инъекции физ. раствора с адреналином, АПК и клипирование, обеспечивает эффективный гемостаз, приводящий к полной облитерации сосудистых поражений и предотвращению рецидивов кровотечения из них.

Литература

1. Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Брехов Е.И. и соавт. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных ангиодисплазией кишечника. Москва, 2013 г.
2. Heyde EC. Gastrointestinal bleeding in aortic stenosis. *N Engl J Med.* — 1958. — p.259.
3. Hussein Al-Hamid et al. Angiodysplasia of the colon. *Medscape.* <http://emedicine.medscape.com/article/170719-overview#a5>.
4. Jovanovic I. Et al. Combined endoclipping and argon plasma coagulation (APC)-daisy technique for cecal angiodysplasia. *Endoscopy* 2013. — 45(S02): E384
5. Lowe Lisa et al. *Vascular Malformations: Classification and Terminology the Radiologist Needs to Know.* Elsevier. — 2012. — p. 106–117.
6. Olokoba AB et al. Angiodysplasia of the colon: A report of two cases and review of literature. *Nigerian Journal of Clinical Practice.* — 2012. — Vol.15. — Issue 1. — p. 101–103.
7. Suzuki N. A novel method of treating colonic angiodysplasia. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2006. — 64(3). — p.424–427.

Крупные эпителиальные образования толстой кишки: возможности и особенности эндоскопического вмешательства

Иванова Е. В., Фёдоров Е. Д., Селезнев Д. Е., Петрова К. Д.

Кафедра госпитальной хирургии № 2 с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии РНИМУ им. Н. И. Пирогова
(зав. каф., проф. С. Г. Шаповальянц)
Медицинский центр «Клиника К+31» (гл. врач Б. Т. Чурадзе)

г. Москва



Иванова Е. В.



Федоров Е. Д.

Решение предпринять эндоскопическое удаление крупного новообразования толстой кишки обычно вызывает ряд опасений: от возможности развития осложнений (кровотечение, перфорация) до вероятности неадекватного удаления образования или его рецидива; кроме того, крупные образования имеют повышенный риск наличия инвазивной карциномы (от 5 до 22,1%) [1, 2]. Размеры, при которых образование называется «крупным» по литературным данным варьируются от 15 до 30мм, однако большинство авторов придерживается определения «крупного» образования, если его размер превышает 20 мм, зачастую такие образования называют «сложными» [1, 2, 3]. Приблизительно 3–6% всех колоректальных аденом выявляемых при колоноскопии — это крупные образования на широком основании [4].

Крупное образование является критерием «сложной полипэктомии», однако помимо размера, большое значение имеет локализация поражения, распространение его на треть и более окружности кишки, распространение — со складок на межскладочное пространство, состояние окружающей слизистой оболочки (например, расположение образования в области дивертикула с признаками дивертикулита) [3]. Согласно данным отечественных авторов и результатам проведенных зарубежных исследований существует ряд визуальных критериев, которые позволяют предположить, с большей долей вероятности, принадлежность крупного образования к доброкачественному или злокачественному, оценить возможности благополучного его удаления эндоскопическим путем. Такими макроскопическими характеристиками являются — форма образования, основание/наличие ножки, состояние поверхности и данные инструментальной пальпации [5, 6]. Одним из важных при-

знаков, позволяющих предположить злокачественность образования с наличием глубокой инвазии в подслизистый слой, является отсутствие приподнимания образования при введении под основание опухоли физиологического раствора [3,4]. Эндоскопическая резекция слизистой оболочки (ЭРСО) — наиболее известная и широко применяемая методика удаления крупных новообразований на широком основании [4].

Цель нашей работы — проанализировать случаи выявленных крупных образований толстой кишки с оценкой влияния применяемых методик эндоскопического удаления, выполняемых с учетом современных требований, на эффективность и безопасность эндоскопического вмешательства.

Материалы и методы

В период с VII.2012 по II.2016гг в Медицинском центре «Клиника К+31», нами было выполнено эндоскопическое удаление 41 крупного эпителиального образования у 40 пациентов (мужчин — 17, женщин 23) в возрасте от 31 до 83 лет (средний возраст 61,5±13,2 год). В 1 случае у пациента было два крупных образования сигмовидной кишки. Жалобы на кровь в стуле были у 19 (47,5%) пациентов, что явилось причиной обращения для колоноскопии. Подготовка толстой кишки к вмешательству выполнялась ПЭГ-4000 (Фортранс) по принятой в клинике схеме раздельного приема (2л+2л) у 38 (95,0%) пациентов. Размеры образований варьировались от 25 до 65 мм, средний — 31,2±6мм.

Новообразования были выявлены: в куполе слепой кишки у 2 (4,9%) пациентов, в восходящей ободочной кишке у 11 (26,8%), в поперечно-ободочной кишке у 2 (4,9%), нисходящей ободочной кишке у 8 (19,5%), сигмовидной ободочной

кишке у 15 (36,6%), и прямой кишке у 3 (7,3%). По форме эпителиальные образования описывали по Парижской классификации: 0-Ip (на ножке) — 24 (58,5%), 0-Is (на широком основании) — 8 (19,5%), 0-IIa (плоско-приподнятое) — 3 (7,3%), 0-IIa+Is (плоско-приподнятое + выступающий, более чем на 2,5мм, дополнительный компонент (узел) — 6 (14,6%).

Согласно визуальным (макро-) характеристикам образований, осмотре с применением хромокопии и в узком спектре света, предполагали: аденомы в 37 (90,2%) случаях, в том числе в 2 случаях подозревали наличие cancer-in situ (проводили дообследование этих больных в объеме МРТ с оценкой стенки кишки и регионарных лимфатических узлов); зубчатые аденомы в 4 (9,8%) случаях. При инструментальной пальпации все образования были мягкими и смещаемыми относительно стенки толстой кишки. Сочетание крупного образования со множественными (от 4 до 16) эпителиальными образованиями на протяжении толстой кишки было выявлено у 15 (37,5%) пациентов, размеры этих образований составляли от 3 до 22 мм.

Резекцию крупных образований выполняли в условиях инсуффляции углекислого газа, колоноскопами PCF — Q180AL (с отдельным каналом для подачи воды) и CF-Q160Z, в сигмовидной и прямой кишке — гастроскопами GIF1TQ160 и двухканальным — GIF2T160 (все эндоскопы Олимпас, Япония); применялся электрохирургический блок и блок для аргоно-плазменной коагуляции (АПК) — Maxium 402 (KLS Martin, Германия). Спектр инструментов включал: инъекционные иглы, полипэктомические петли диаметром 10мм, 13мм, 15мм и 25мм (Олимпас, Япония и Бостон, США). Эндоскопические лигатуры Endoloop 30мм (Олимпас, Япония), щипцы для гемостаза. Для ЭДПС применяли нож для диссекции Dual-knife (Олимпас, Япония). Для эндоскопического ушивания дефектов слизистой оболочки после удаления образований применяли клипатор и наборы клипс EZ-clip (Олимпас, Япония).

Результаты

Вмешательства выполнялись под внутривенной седацией (пропофол) у 39 (97,5%) пациентов; в 1 (2,5%) случае применялся эндотрахеальный наркоз. У всех пациентов подготовка толстой кишки была отличной и хорошей. Длительность

эндоскопического удаления образований колебалась от 39 до 235 минут, и в среднем составила $103,7 \pm 41$ мин. В случаях плоско-приподнятых образований на широком основании изначально оценивали критерий приподнимания опухоли после введения физиологического раствора в подслизистый слой, после чего принималось окончательное решение о возможности их удаления эндоскопическим путем (все 17 образований адекватно приподнимались). Удаление образований путем эндоскопической резекции слизистой оболочки — методикой фрагментации, при образованиях без ножки, выполнялось в 15 (36,5%) случаях, эндоскопическая диссекция подслизистого слоя выполнялась в 2 (4,9%) случаях; петлевая электроэксцизия выполнялась, при образованиях с ножкой, — в 24 (58,5%) случаях, в том числе в 21 случае с предварительным лигированием основания ножки образования, и ещё в 3 случаях с предварительным клипированием основания ножки образования металлическими клипсами.

Интраоперационное кровотечение возникло в ходе проведения ЭРСО при удалении эпителиальных образований методикой фрагментации в 5 (12,2%) случаях, в том числе струйное — в 1 случае. Адекватный гемостаз был достигнут эндоскопическим путем, с этой целью применялись: инъекции физ. р-ра с адреналином, АПК, гемостатические щипцы. Перфораций не было.

После резекции эпителиального образования тщательно оценивалось дно дефекта (подслизистый слой) после удаления; при визуализации сосудистых структур выполняли дополнительную коагуляцию с помощью гемостатических щипцов, либо АПК. Оценивали радикальность удаления, осматривая края слизистой оболочки, в ряде случаев с целью абляции дополнительно выполняли АПК. Клипирование дефекта слизистой оболочки выполняли практически во всех случаях после ЭРСО образований на широком основании — в 16 (94,1%) из 17 случаев, в 1 случае после ЭДПС дефект слизистой оболочки не клипировали. Удаление крупных образований проводилось в условиях стационара, длительность госпитализации составляла от 1 до 9 дней, в среднем — 3 дня. Послеоперационный период протекал без осложнений у 37 (90,2%) из 40 пациентов.



Селезнев Д. Е.

Таблица 1. Гистологическая структура удаленных крупных эпителиальных новообразований (n=41)

Гистологическая структура образования	Количество образований (Абс. число)	Количество образований (Отн. число)
тубулярная аденома, в т.ч.	6	14,6%
без дисплазии	2	4,9%
диспл. 1	2	4,9%
диспл. 3	1	2,4%
аденокарцинома sm1	1	2,4%
Тубулярно-ворсинчатая аденома, в т.ч.	28	68,3%
без дисплазии	3	7,3%
диспл. 1	4	9,8%
диспл. 2	12	29,2%
диспл. 3	7	17,1%
аденокарцинома sm1	2	4,9%
Зубчатая аденома, в т.ч.	7	17,1%
без диспл.	6	14,7%
диспл. 1	1	2,4%
Всего	41	100%

Кровотечение в раннем послеоперационном периоде возникло у 1 (2,5%) пациента через 4 часа после ЭДПС образования прямой кишки, гемостаз выполнен эндоскопическим путем. Кровотечение в отдаленном периоде возникло у 2 (5,0%) пациентов. В одном случае, на 5-е сутки — у мужчины 66 лет — после удаления латерально растущего образования размером 45 мм восходящей ободочной кишки. Гемостаз осуществляли дважды, т.к. после первого эпизода кровотечения и проведенного эндо-гемостаза, на следующий день (6 суток от удаления) был рецидив кровотечения, потребовавший повторного (и окончательного) эндоскопического лечения. Во втором случае, на 6-е сутки — у мужчины 31 года — после удаления латерально растущего образования размером 30 мм купола слепой кишки (после выполненной ЭРСО дефект слизистой оболочки был полностью укрыт металлическими клипсами!, однако во время исследования, по поводу кровотечения, в месте удаления был выявлен дефект слизистой оболочки без единой клипсы, с наличием в дне сосудистой структуры с подтеканием крови).

По данным гистологического исследования образований (n=41): тубулярные аденомы были удалены в 6 (14,6%) случаях, в т.ч. в 1 (2,4%) случае — с комплексами аденокарциномы в поверхностный слой; тубулярно-ворсинчатые аденомы — в 28 (68,3%) случаях, в т.ч. с комплексами аденокарциномы в поверхностный слой в 2 (4,9%); зубчатые аденомы — в 7 (17,1%) случаях (подробные результаты исследования представлены в табл. 1). Все образования были удалены в пределах здоровых тканей, признаков глубокой инвазии не было.

Контрольные исследования были выполнены через 3 месяца, 6 месяцев и 1 год у пациентов после удаления аденокарцином толстой кишки (3) — жалоб у пациентов не было, данных за рецидив образований не было, пациенты под наблюдением, ежегодно проходят диспансерное обследование. Пациентам с аденомами с дисплазией 3 степени (8) рекомендовали контроль через 6 месяцев и год, явились на колоноскопию 5 пациентов; данных за рецидив образований не было. Всем остальным пациентам (29) рекомендовали контроль через год после вмешательства, из них выполнен осмотр 3 пациентов, по результатам колоноскопии — без рецидива образований; у 12 пациентов срок контрольной колоноскопии намечен на 2016 г.

Выводы

Соблюдение правил прицельного осмотра крупных эпителиальных образований с учетом всех макроскопических характеристик, отсутствие признаков инвазивного роста в глубокие слои стенки толстой кишки, подготовка пациента к вмешательству, наличие CO₂ и ирригации в процессе удаления, современного технического оснащения для выполнения ЭРСО — это условия, которые являются залогом успешности резекции крупного новообразования толстой кишки, и позволяют выполнить эндоскопическое удаление эффективно и относительно безопасно. Кровотечения в послеоперационном периоде являются основной проблемой (2,5% — в раннем послеоперационном периоде и 5% — в ближайшем послеоперационном периоде), что требует особого внимания, как со стороны врача, так и пациента.

Литература

1. J.M. Doniec, M.S. L hnert, B. Schniewind, F. Bokelmann et al. Endoscopic removal of large colorectal polyps: prevention of unnecessary surgery? *Dis Colon Rectum*. 2003;46(3):340.
2. A.I. Tantau , M.V. Tantau , A. Serban , et al. Prevalence, Histology, Endoscopic Treatment and Long-term Follow-up of Large Colonic Polyps and Laterally Spreading Tumors. The Romanian Experience. *J Gastrointestin Liver Dis*. 2008 Vol.17 No 4, p. 419–425
3. J.F. Gallegos-Orozco, S.R. Gurudu. Complex Colon Polypectomy. *Gastroenterol. and Hepatology*. Vol., Issue 6.— 2010. p 376.
4. B. Saunders. Removing large or sessile colonic polyps. Рекомендации экспертов OMED «How I do it». p. 1–19
5. В.В. Веселов. Эндоскопическое лечение больных с большими и гигантскими аденомами толстой кишки. Автореферат на соик. дисс. докт.мед.наук. Москва, 1997, стр. 13
6. Saito Y, Uraoka T, Matsuda T, et al. Endoscopic treatment of large superficial colorectal tumors: a case series of 200 endoscopic submucosal dissections (with video). *Gastrointest Endosc*. 2007;66:966–973.

Эндоскопическое обследование как один из методов дифференциальной диагностики и лечения при ведении пациентки с наличием инфильтрата в правой подвздошной области. Клинический случай

Коренева Т. Л., Ширко Т. Т., Роговцова Н. А.

КГБУЗ «КМК БСМП им. Н. С. Карповича»

г. Красноярск



Коренева Т. Л.

Трудности проведения дифференциальной диагностики аппендикулярного инфильтрата с рядом других заболеваний всегда существовали, поэтому данная проблема остается актуальной и по сей день. Общеизвестно, что причин приводящих к возникновению инфильтрата в правой подвздошной области может быть несколько, возможно и их сочетание. Схожесть симптоматики заболеваний и состояний, с которыми проводится дифференциальная диагностика и является основной причиной возникающих диагностических ошибок на первоначальном этапе. Проведению успешной дифференциальной диагностики в дальнейшем способствует большой арсенал лабораторных и инструментальных методов диагностики, имеющихся на сегодняшний день в стационаре. Как правило, дифференциальная диагностика аппендикулярного инфильтрата проводится с такими заболеваниями как: 1) tumor слепой кишки, 2) болезнь Крона, 3) актиномикоз, 4) перекрут кисты яичника, 5) туберкулез толстой кишки. Однако, не стоит забывать и о других редких, но возможных причинах возникновения инфильтрата в правой подвздошной области. Одной из таких редких, можно даже сказать случайных причин возникновения инфильтрата в правой подвздошной области, является наличие инородного тела в данной области.

Одним из инструментальных диагностических вмешательств, позволяющих, в большинстве случаев, исключить большинство заболеваний и состояний, которые могут быть причиной возникновения инфильтративных образований в правой подвздошной области, является колоноскопия. На базе нашего эндоскопического отделения в течение года с целью дифференциальной диагностики

нами была проведена диагностическая колоноскопия 15 пациентам находящимся в стационаре с диагнозом аппендикулярный инфильтрат. Из них: у 9 имелись косвенные эндоскопические признаки наличия аппендикулярного инфильтрата, у пяти пациентов таких признаков выявлено не было, как и не было обнаружено другой патологии со стороны правых отделов толстой кишки. У одной пациентки причиной наличия инфильтрата в правой подвздошной области являлось инородное тело. О последнем случае и пойдет речь при разборе данного клинического наблюдения.

Клиническое наблюдение

Пациентка, 40 лет, поступила в КГБУЗ «КМК БСМП им. Н.С. Карповича» с жалобами на умеренные боли в правой половине живота, слабость, повышение температуры тела до 38–39 °С. Вышеописанные жалобы беспокоили в течение 2–3 дней до поступления в стационар. Из анамнеза известно, что 4 года назад ей было проведено оперативное вмешательство — родоразрешение путем кесарева сечения. После этого, в течение 4 лет, в подвздошной правой области ранее сама пациентка отмечала наличие незначительного опухолевидного образования, не причиняющего ранее какого-либо беспокойства и не сопровождающееся наличием особой симптоматики. При поступлении — состояние средней степени тяжести, кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Температура тела 38,6 °С. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. АД 110/80 мм.рт. ст., PS — 88 ударов / минуту. Живот умеренно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации живота отмечается умеренная болезненность в правой подвздошной области и мезо-

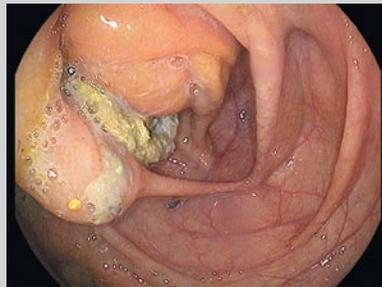


Рис. 1. Купол слепой кишки, в просвете купола в проекции устья червеобразного отростка — инородное тело (марлевая салфетка)



Рис. 2. Извлечение инородного тела биопсионными щипцами



Рис. 3, 4. После удаления инородного тела видно свищевое отверстие с подтеканием гнойного содержимого в просвет кишки, остатки инородного тела (отдельные нити) в проекции имеющегося свищевого отверстия (удалены в последствии щипцами)



Рис. 5. Свищевое отверстие в стадии эпителизации, сохраняется незначительная деформация купола слепой кишки

гастроит. В правой подвздошной области определяется опухолевидное образование размерами 6x5 см, слабоподвижное, плотной консистенции, умеренно болезненное. В этой же проекции отмечается умеренно выраженный дефанс мышц. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

Со стороны лабораторных показателей: лейкоцитоз — $14,7 \times 10^9$ /л, незначительное снижение уровня гемоглобина до 116 г/л, СОЭ — 15 мм/час, незначительная билирубинемия до 40,80 мкмоль/л (при норме 0,00–21,00). Остальные показатели в пределах физиологической нормы.

По данным КТ (компьютерной томографии) на момент поступления: в правой подвздошной области определяется дополнительное образование неоднородной структуры размером до 4,7 x 2,8 x 4,1 см, тесно спаянное с кишкой, кишка инфильтрирована, спаяна с париетальной брюшиной передней стенки, окружающая клетчатка инфильтрирована. Свободной жидкости в брюшной полости нет. В полости малого таза небольшое количество жидкости. Заключение: КТ — картина дополнительного образования в правой подвздошной области, дифференцировать с воспалительным инфильтратом и объемным образованием.

На основании имеющихся данных внешнего осмотра, лабораторных данных и данных КТ было принято решение провести эндоскопическое исследование толстой кишки с целью дифференциальной диагностики и исключения наличия злокачественного образования в проекции купола слепой кишки, исключения болезни

Крона и другой возможной патологии, которая могла бы являться причиной имеющейся симптоматики и наличия вышеописанных изменений по данным КТ.

В ходе проведения колоноскопии — толстая кишка осмотрена на всем протяжении до купола слепой кишки. При осмотре купола слепой кишки в просвете визуализируется инородное тело (марлевая салфетка), локализуемая главным образом в проекции устья червеобразного отростка. Слизистая там же ярко гиперемирована, отечна, изъязвлена. Там же имеется свищевое отверстие, диаметром до 0,8 см, частично обтурированное инородным телом. Из имеющегося свищевого отверстия в просвет кишки отмечается поступление содержимого гнойного характера. Проведено удаление имеющегося инородного тела. После удаления в просвет кишки выделилось около до 10 мл гнойного содержимого (Фото 1–4). При повторном осмотре слизистой кишки на выходе дополнительных патологических образований не найдено.

После проведенного эндоскопического вмешательства на следующий день отмечалось значительное уменьшение болей в правой подвздошной области, снижение температуры до 37,0 °С, улучшение общего состояния. Учитывая положительную динамику и отсутствие рецидива симптоматики, в дальнейшем больной проводилось консервативное лечение, ключевой составляющей которого являлась антибактериальная терапия.

За неделю до выписки повторно была проведена колоноскопия. При осмотре купола слепой кишки в ди-

намике — свищевой ход в стадии эпителизации, диаметр свищевого отверстия уменьшился до 0,3 см, в его проекции остатки инородного тела (отдельные нитки), которые были удалены биопсионными щипцами (фото 5). Кроме этого было осмотрено до 10 см подвздошной кишки (осмотр данного участка кишки при первичном осмотре провести не представлялось возможным в связи с выраженной деформацией, локальным отеком и гиперемией слизистой купола слепой кишки), патологии не найдено.

На серии КТ снимков на фоне проведенного лечения — положительная динамика, размеры образования уменьшились до 18x18 мм. КТ признаков нагноительного процесса в области илеоцекального угла не отмечалось. Общее время нахождения пациентки в стационаре составило 20 дней. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга поликлиники по месту жительства. После выписки в течение более 6 месяцев состояние пациентки оставалось удовлетворительным, обращений в стационар с наличием рецидива симптоматики зафиксировано не было.

Выводы

1. Трудности дифференциальной диагностики аппендикулярного инфильтрата с другими заболеваниями имеющими схожую симптоматику неизбежны. Однако правильно собранный анамнез, своевременное проведение всех необходимых исследований, как клинических так и лабораторных, позволяют достаточно быстро поставить верный диагноз и выбрать соответствующую тактику лечения пациента.
2. Необходимо помнить, что помимо общеизвестного круга заболеваний с которыми проводится дифференциальная диагностика аппендикулярного инфильтрата и иных инфильтратов подвздошной области могут встретиться и редкие, казуистические причины их возникновения, в частности — инородные тела.
3. Разумеется, в данном клиническом случае причиной имеющегося инфильтрата, осложненного нагноением и образованием микроабсцесса, являлось инородное тело. Однако, учитывая близость локализации инфильтрата к аппендикулярному отростку можно предположить, что имело место вовлечение последнего в патологический процесс. Таким образом в данном случае имело место сочетание этиологических факторов возникновения инфильтрата.
4. Своевременно проведенное эндоскопическое исследование позволило не только правильно установить диагноз, выявить первопричину заболевания, а именно — инородное тело, а также позволило удалить последнее. Таким образом, это позволило избежать возникновения осложнений имеющегося инфильтрата, в частности перитонита, и, как следствие, экстренного оперативного вмешательства.

Безгазовая интубация слепой кишки стандартным колоноскопом

Королевский Е. С. м.н.с., Васильченко А. В. к.м.н., Кузнецов А.Н., Веселов В. В., д.м.н., проф.

ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии им. А. Н. Рыжих» МЗ РФ

г. Москва

Последние исследования показывают, что доля лиц в возрасте 50 лет или старше, перенесших колоноскопию в течение последние 10 лет, неуклонно растет и в настоящее время составляет от 6% до 25% в различных европейских странах и до 62% в США.

Однако до 14% пациентов участвующих в национальной программе скрининга Gastronet отметили, что колоноскопия была «крайне болезненна» и 20%, что «болезненна», а от 5% до 1% в НИИ Колопроктологии в 2015 г у 2% пациентов не удалось полностью выполнить исследование из-за боли. Таким образом, не смотря на постоянное совершенствование колоноскопа и методики исследования, оно до сих пор остается дискомфортным для пациента, а в ряде случаев и непереносимым из-за выраженной болезненности.

Трудность проведения аппарата преимущественно обусловлена образованием петель колоноскопа при изменении естественной конфигурации кишки. Для преодоления этих трудностей существуют специальные технологические решения, такие как замена инсуффляции воздуха на улекислый газ, воздуха на теплую воду, использование колпачков, одно- или двухбаллонная, колоноскопия энтероскопом или использование магнитной навигации.

Все эти технические решения направлены в первой группе к созданию «второй точки опоры колоноскопа», а значит и формированию более коротких петель, как в случаях применения баллон-ассистированной колоноскопии.

А во второй группе они направлены на минимализацию инсуффляции газа в просвет толстой кишки. Как в случаях замены инсуффлируемого воздуха на углекислый газ, или воду, использование колпачка. Или совсем отказаться от инсуффляции, благодаря использованию дистального баллонного катетера.

В 2015г в НИИ Колопроктологии было проведено пилотное исследова-

ние, выполнялась рутинная колоноскопия стандартным колоноскопом без инсуффляции воздуха или воды.

Сутью нового подхода к сокращению объема инсуффлируемого воздуха является одновременное использование дистального колпачка и баллон. Баллон представляет собой гибкий катетер, с портом для введения воды с одной стороны и непосредственно самим баллоном на другом конце.

Отличием и преимуществом этого метода от предшественника (только один колпачек) является в том, что баллон полностью прилегает к линзе, и не дает воде заливать в просвет колпачка, создавая на границе двух сред «линзу», значительно деформирующую изображение. После интубации слепой кишки дистальный баллон сдувался и извлекался из биопсийного канала, включалась инсуффляция воздуха. Дальнейшее исследование, извлечение аппарата и осмотр слизистой толстой кишки выполнялось как и при традиционной методики исследования.

При проведении «безгазовой колоноскопии» оценивалось время и сам факт проведения аппарата до купола слепой кишки, «моментальная или пиковая» болезненность и итоговая болезненность.

Дизайн исследования

Это проспективное моноцентровое рандомизированное исследование.

Демографические, антропометрические, анамнестические данные собирались при помощи специальной анкеты-опросника, которую пациенты самостоятельно заполняли перед исследованием.

Если при проведении аппарата до слепой кишки с использованием дистального баллона в любой момент понадобилось ввести газ или оно было прервано выраженной болезненности, то «безгазовый» метод проведения считался несостоятельным, о чем делалась пометка в протоколе, а дальнейшее проведение аппарата выполнялось любыми возможными способами. Оценка степени



Королевский Е. С.



Васильченко А. В.



Кузнецов А.Н



Веселов В. В.

болезненности выполнялась по Визуально-Аналоговой шкале.

Оценка степени боли проводилась по десяти бальной шкале. Во время исследования сестра через неравные промежутки времени спрашивала о текущем уровне болезненности исследования. После колоноскопии пациент в анкете оценивал степени болезненности исследования по Визуально-Аналоговой шкале.

Во время пилотного исследования было выполнено 17 исследований с использованием дистального баллона. В подавляющем большинстве колоноскопия

была более длительной и болезненной, по сравнению с традиционной методикой. Две трети исследований заканчивалось неудачей метода, что требовало переходу на традиционную технику выполнения исследования.

Несмотря на такие негативные результаты, коллектив авторов считает, что данный метод выполнения исследования является перспективным. Мы считаем, что негативные результаты исключительно связаны с технической несовершенностью метода, конструктивными недостатками баллона.

Опыт неотложной колоноскопии при низких кишечных кровотечениях

Короткевич А. Г., Леонтьев А. С., Плюснин Р. А., Ефремова О. Р.

НГИУВ, МБЛПУ ГКБ № 29, МБЛПУ ГКБ № 1

г. Новокузнецк

С проблемой диагностической и лечебной тактики при низких кишечных кровотечениях (НКК) сталкиваются немногие клиники как из-за меньшей частоты встречаемости таких кровотечений (в сравнении с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ), так и высокой частоты спонтанного гемостаза и отказа пациентов от госпитализации. Обоснование диагностического алгоритма при НКК остается обсуждаемой проблемой (ASGE Guideline, 2005; F. Rodriguez-Moranta, 2007; L. L. Strate, 2010; D. Y. Lhewa, 2012), поскольку потребность и оценка хирургических способов гемостаза при разных источниках кишечной геморрагии также рознятся (В. М. Тимербулатов, 2013; D. Miskovic, 2014). С другой стороны, у пациентов с рецидивирующими НКК, с геморрагическим шоком или неустановленным источником кровотечения результаты хирургического гемостаза остаются крайне неудовлетворительными.

Принципиальным моментом в определении уже лечебной тактики или объема хирургического пособия является идентификация истинного, а не вероятного, источника геморрагии (F. Rodriguez-Moranta, 2007; М. В. Тимербулатов, 2014). Такая идентификация по аналогии с верхними отделами ЖКТ возможна только при выявлении активного кровотечения или фиксированного на источнике сгустка. Вместе с тем, структура источников кровотечения описана в общем для 1–7-х суток от поступления, т. к. большинство исследователей рекомендуют предварительную подготовку толстой кишки перед ФКС (G. M. Eisen, 2001; ASGE Guideline, 2005; М. В. Тимербулатов, 2014).

Целью нашего исследования явилась сравнительная оценка структуры источников кровотечений у пациентов с клиникой НКК в зависимости от факта подготовки толстой кишки к ФКС.

Материал и методы

Проведено двухцентровое сравнительное когортное исследование. В 2006–2015 гг. ФКС подверглись 252 пациента, поступивших с клиникой НКК. Мужчин 118, женщин 134. Средний возраст больных составил $60,15 \pm 15,7$ лет. Давность заболевания от 6 часов до 3 суток. Жалобы на выделение крованистого стула или «малинового желе» из ануса, слабость. Клинических признаков высокого кровотечения (рвота кровью, тошнота) у этих больных не было. Пациенты с явным анальным/геморроидальным кровотечением при поступлении или проявлениями пищеводно-желудочного кровотечения при поступлении

в исследование не включались. Рандомизация осуществлялась чередованием дней госпитализации. Пациентам ГКБ № 29 ФКС выполняли при поступлении без предварительной подготовки толстой кишки, больным ГКБ № 1 выполняли лаважную или клизменную подготовку перед ФКС в течение 24–48 часов с момента госпитализации. ФКС без предварительной подготовки и обезболивания выполняли фиброколоноскопом CF-40L (2006–2009 гг.) и видеоколоноскопом CF-150L (2010–2015 гг.) (Olympus, Япония) при поступлении или после стабилизации гемодинамики. Положение пациента на левом боку. Отмывание просвета кишки при необходимости (сложностях ориентации эндоскопа) выполняли через инструментальный канал колоноскопа шприцами или помпой. При подготовке кишки использовали препарат Фортранс в стандартной дозировке или сифонные клизмы в течение 8–12 часов после стабилизации витальных функций. Использовали колоноскопы FC-38FV (Pentax, Япония) и CF-20L (Olympus, Япония). Активность кровотечения оценивали по аналогии с классификацией Форреста (F). Статистическая обработка проведена с использованием программы Statistica 6.0, достоверность различий оценивали по критерию Манна–Уитни и χ^2 , использовали для сравнения между группами дисперсионный анализ ANOVA и коэффициент Спирмана, отличия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты

Различия в общей структуре выявленных источников НКК в зависимости от использования подготовки кишки представлены на рис. 1.



Рис. 1. Различия в общей структуре выявленных источников НКК



**Рис. 2. Различия в структуре выявленных источников НКК в зависимости от пола
А — у мужчин, Б — у женщин**

Выявлены существенные различия в структуре источников НКК (ANOVA χ^2 ($N = 9$, $df = 1$) = 4,500000, $p < 0,03390$, Coeff. of Concordance = 0,50000 Aver. rank $r = 0,43750$). У пациентов без подготовки наиболее часто выявлялись кровоточащие дивертикулы и раки — по 17%, язвенный колит — 10%, тонкокишечное кровотечение выявлено в 16%, высокое ЖКК также в 16%. При предварительной подготовке кишки наиболее часто как вероятные причины кровотечений выявлялись раки — 22%, язвенный колит — 15%, ангиодисплазии — 13%.

Дополнительный анализ эффективности колоноскопии в зависимости от пола пациентов выявил различия в найденных источниках НКК (рис. 2).

Несмотря на явное несоответствие линейных диаграмм у мужчин, достоверных различий в установленных источниках НКК у мужчин не найдено (ANOVA χ^2 ($N = 6$, $df = 1$) = 1,800000, $p < 0,17971$, Coeff. of Concordance = 0,30000 Aver. rank $r = 0,16000$). Среди толстокишечных причин у мужчин без предварительной подготовки кишки преобладали раки — 26%, кровоточащие дивертикулы — 13%, НЯК и внутренний геморрой — 12%. Вместе с тем, у этих пациентов найдены признаки тонкокишечного кровотечения в 12% и высокого ЖКК в 13%. У пациентов после предвари-

тельной подготовки кишки среди возможных источников кровотечения преобладали НЯК — 23%, раки — 21%, внутренний геморрой — 10% и полипы — 10%. Анализ аналогичных показателей у женщин выявил достоверные различия в структуре источников НКК ($p = 0,042523$). Среди толстокишечных причин НКК у женщин без предварительной подготовки кишки преобладали дивертикулы — 20% и раки — 12%. В 19% источник локализовался в тонкой кишке, в 18% выявлено высокое ЖКК. У женщин с предварительной подготовкой толстой кишки в структуре вероятных источников НКК преобладали рак — 25% и ангиодисплазии — 23%.

Осложнений не было.

Выводы

1. Подготовка толстой кишки при низких кишечных кровотечениях существенно изменяет совокупную структуру источников геморрагии
2. Структура источников низких кишечных кровотечений у женщин имеет достоверные различия в зависимости от факта подготовки кишки
3. Неотложная колоноскопия без предварительной подготовки кишки позволяет своевременно выявить источники массивных геморрагий в верхних отделах ЖКТ

Литература

1. Осложненная дивертикулярная болезнь толстой кишки, современная диагностика и лечение/ Тимербулатов М. В., Ибатуллин А. А., Гайнутдинов Ф. М. и др. // Клиническая и экспериментальная хирургия, 13.04.2014 — <http://jecs.ru/view/409.html>
2. Ретроспективный анализ результатов лечения больных с толстокишечными кровотечениями в ГБУЗ РБ «ГКБ№ 21» г. Уфы / Тимербулатов М. В., Ибатуллин А. А., Гайнутдинов Ф. М. и др.// Клиническая и экспериментальная хирургия, 1.09.2014. — <http://jecs.ru/view/413.html>
3. Современные аспекты лечения осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки/ Тимербулатов В. М., Тимербулатов М. В., Мехдиев Д. И. и др.// Клиническая и экспериментальная хирургия, 20.09.13 — <http://jecs.ru/view/384.html>

4. An annotated algorithmic approach to acute lower gastrointestinal bleeding/ G.M. Eisen, Ch. J.A. Dominitz, D.O. Faigel et al.// *Gastrointestinal Endoscopy* 2001 Volume 53, No. 7: 859–863
5. ASGE Guideline: the role of endoscopy in the patient with lower-GI bleeding/ R.E. Davila, E. Rajan, D.G. Adler et al.// *Gastrointestinal Endoscopy* 2005 Volume 62, No. 5: 656–660
6. Colonoscopy Delay in Lower Gastrointestinal Bleeding: Influence On Diagnostic Accuracy, Endoscopic Therapy and Hospital Stay/ F. Rodriguez-Moranta, A. Berrozpe, J.M. Botargues et al.// *Gastrointestinal Endoscopy* 2007 Volume 65, No. 5: AB261
7. Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding A national clinical guideline Scottish Intercollegiate Guidelines Network September 2008 www.sign.ac.uk
8. Miskovic D. The current role of surgery in the management of lower GI bleeding//International Congress «Quality in endoscopy. GI bleeding». The European society of gastrointestinal endoscopy (ESGE), Berlin, Germany. 28–29 November. Abstract book.— 2014.— P. 16
9. Strate LL. Editorial: Urgent colonoscopy in lower GI bleeding: not so fast. *Am J Gastroenterol.* 2010 Dec;105(12):2643–5
10. Strate L., Syngal S. Early Colonoscopy and Hospital Length of Stay in Acute Lower Intestinal Bleeding: A Nationwide Study// *Gastrointestinal Endoscopy* 2005 Volume 61, No. 5: AB84

Диагностическая двухбаллонная энтероскопия у больных с хроническим панкреатитом

Кошурникова А. С., врач-эндоскопист, Мечева Л. В., м.н.с.,
Терещенко С. Г., д.м.н., проф., руководитель отделения эндоскопии

ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского»

г. Москва



Кошурникова А. С.

Цель работы

Оценить морфофункциональное состояние слизистой оболочки тощей и подвздошной кишки у больных с хроническим панкреатитом в условиях многопрофильного стационара.

Материалы и методы

Обследовано 18 пациентов (10 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 39 до 70 лет (средний возраст 42,8±2,2 лет). У всех пациентов диагностический алгоритм включал стандартные методики при обследовании с диагнозом хронический панкреатит (ХП), пероральную энтероскопию и колоноилеоскопию с забором биопсийного материала для патоморфологической оценки. Использовали эндоскопическую видеосистему Fujinon и двухбаллонный энтероскоп EN450 T5 (Fujifilm). У 18 пациентов выполнено 22 исследования, которые были плановыми. У 16 — проведена пероральная энтероскопия, у 1 — проведена только колоноилеоскопия, у 1 — пероральная энтероскопия и колоноилеоскопия.

Все исследования в условиях операционной под наркозом. Продолжительность исследований — от 1 часа до 2 часов. При пероральной энтероскопии выполняли 9–30 циклов «присборивания» кишки тубусом-баллоном, протяженность осмотренной кишки составила от 1,5 до 4 м от связки Трейтца. При колоноилеоскопии выполняли 9–20 циклов «присборивания», протяженность осмотра от 50 см до 2 м от илеоцекального клапана. В 22 исследованиях

получили биоптаты для морфологической диагностики.

Результаты

У 17 пациентов отмечался неустойчивый стул и клинические признаки недостаточного кишечного всасывания. При визуальной оценке слизистой тонкой кишки (ТК) у 16 человек были выявлены признаки еюнита, у 1 — признаки илеита, у 1 — ТК без воспалительных признаков. По результатам морфологического исследования биоптатов у 14 больных ХП отмечались структурные изменения слизистой оболочки тонкой кишки по типу еюнита с элементами атрофии и илеита из них у 5 человек выявлены и верифицированы гиперпластические полипы ТК, у 1-го пациента лимфома ТК, целиакия выявлена у 2-х пациентов, болезнь Крона — 1, у 1-го пациента макроскопически и гистологически воспалительных изменений ТК выявлено не было.

Заключение

Изменения структуры слизистой оболочки тонкой кишки имеются практически у всех больных хроническим панкреатитом (94%), так же, в 33% случаев выявлены доброкачественные образования тонкой кишки. Использование двухбаллонной энтероскопии как метод диагностики заболеваний тонкой кишки, позволяет выявлять патологические изменения различных отделов ТК и получать биопсийный материал, а так же, при необходимости, провести лечебные эндоскопические вмешательства.

Опыт применения капсульной эндоскопии в эндоскопическом отделении УЗ «1-я городская клиническая больница» г. Минска

Лесковская С. В., врач-эндоскопист
Лях О. М., к.м.н, зав. эндоскопическим отделением
УЗ «1-я городская клиническая больница» г. Минска
г. Минск, Беларусь

Осмотреть глубокие отделы тонкого кишечника до недавнего времени возможности не было. Проксимальные отделы тощей кишки и терминальные отделы подвздошной кишки можно было обследовать при проведении эзофагогастродуоденоскопии и колоноскопии. Более глубокие отделы тощей и подвздошной кишки эндоскопически были доступны только при проведении энтероскопий.

Также не всегда была возможность провести тотальную колоноскопию, поэтому для того, чтобы исключить патологию правых отделов толстого кишечника и поперечной кишки, часто методом выбора оказывалась ирригоскопия.

Использование капсульной эндоскопической диагностики патологии желудочно-кишечного тракта дало возможность визуализации тонкой кишки на всем протяжении, возможность документально фиксировать изображения в цифровом формате для их хранения, динамического сравнения при повторном обследовании пациента, дистанционного консультирования и экспертной оценки. Инновационное применение капсул значительно преодолело имевшиеся ограничения диагностики болезней тонкой кишки.

Преимуществом капсульной эндоскопии является атравматичность, возможность проведения исследования без анестезиологического обеспечения, легкость и безболезненность проведения исследования для пациентов, в отличие от других методов исследования желудочно-кишечного тракта.

Инновационный метод исследования органов желудочно-кишечного тракта начал осваиваться в Республике Беларусь с 2013 года. Наша страна начала осуществлять эндовидеокапсульное исследование толстого кишечника первой среди стран СНГ.

Капсульная эндоскопия применяется в нашей клинике с 2013 года по настоящее время.

В наших исследованиях мы используем капсулы SB2, SB3, COLON, PATENCY, производимые компанией Given Imaging Ltd (Израиль). Исследования проводятся как взрослым, так и детям (самому младшему пациенту на момент осмотра было 5 лет).

В ноябре 2015 года в нашем отделении было проведено 100-е видеокапсульное исследование.

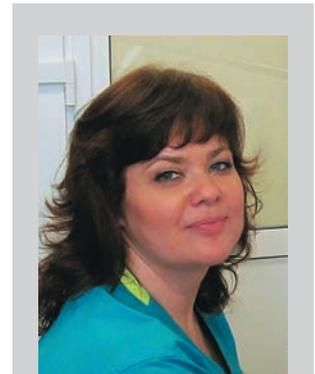
В настоящее время в отделении было проведено 120 видеокапсульных исследований. Кроме этого, было проведено 10 исследований проходимости кишечника с помощью капсулы PATENCY.

Также в нашем отделении была разработана методика комплексного осмотра тонкого кишечника и преимущественно часто труднодоступных правых отделов толстого кишечника с использованием капсулы COLON.

Большое значение при проведении капсульной эндоскопии имеет возможность пространственного позиционирования кишечника, что позволяет более точно судить о перистальтической активности и особенностях анатомии ЖКТ у данного пациента.

Практически во всех исследованиях с помощью капсульной эндоскопии были обнаружены воспалительные заболевания тонкой и толстой кишки, множественные случаи наблюдения лимфоангиоэктазии, ангиоэктазии, лимфоидной гиперплазии, атрофии, обнаружены множественные и единичные полипы как тонкого так и толстого кишечника, дивертикулы толстого кишечника.

В 10 случаях пациентам был выставлен диагноз неспецифический язвенный колит, наблюдалось около 15 случаев болезни Крона как тонкого так и толстого кишечника, в том числе осложненных стенозами, а также единичные случаи инвагинации тонкой кишки, злокачественного поражения тонкой кишки, в т.ч. лимфомы и карциноида (Рис. 1–5).



Лесковская С. В.



Лях О. М.



Рис. 1. Болезнь Крона тонкой кишки со стенозом



Рис. 2. Болезнь Крона тонкой кишки со стенозом и псевдополипами



Рис. 3. Неспецифический язвенный колит

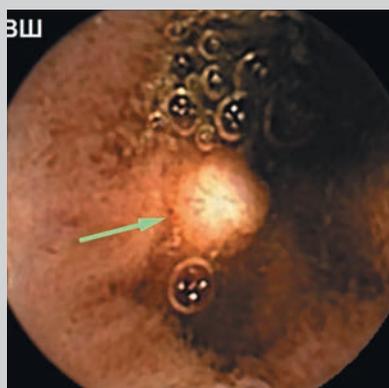


Рис. 4. Карциноид тонкой кишки



Рис. 5. Инвагинация тонкой кишки

При подозрении на наличие непроходимости для видеокапсулы было проведено 10 исследований проходимости кишечника с помощью капсулы PATENCY. В 4 случаях было выявлена задержка миграции растворимой капсулы более 30 часов, что послужило основанием не рекомендовать проведение видеокапсульного исследования.

Хотя капсульная эндоскопия не предназначена для диагностики поражений желудка, часто на осмотренных видеокапсулой участках слизистой оболочки этого органа наблюдались как поверхностные воспалительные процессы, так и эрозивно-язвенные поражения.

Перед проведением капсульной эндоскопии все пациенты проходят эзофагогастродуоденоскопию и колоноскопию. Это дает полное представление о патологическом процессе в желудочно-кишечном тракте.

Если при расшифровке данных капсульной эндоскопии возникают трудности в верификации патологии, мы рекомендуем проведение энтероскопии (антеградной или ретроградной) с биопсией.

Видеокапсульное исследование в комплексе с эзофагогастродуоденоскопией и колоноскопией играют незаменимую роль в уточнении локализации и распространенности патологического процесса, что позволяет выработать оптимальный план лечебных мероприятий у каждого конкретного пациента.

Результаты использования капсульной эндоскопии в нашей клинике позволяют говорить о том, что широкое внедрение данного метода в практику положительно скажется на диагностике и лечении заболеваний тонкой и толстой кишки.

Капсульная эндоскопия в диагностике заболеваний кишечника

Ликутов А. А., аспирант отделения эндоскопической диагностики и хирургии
Веселов В. В., д.м.н., проф.

ГНЦ Колопроктологии им. А. Н. Рыжих
г. Москва

Цель работы

Улучшение результатов диагностики и лечения заболеваний толстой и тонкой кишки.

Материалы и методы

В период с июня 2014 и по февраль 2016 года видеокапсульные исследования с применением диагностической системы Given Imaging были проведены у 39 пациентов. У 20 пациентов была использована капсула Pill Cam Colon2 (толстокишечная видеокапсула), и у 19 — Pill Cam SB2 (тонкокишечная видеокапсула).

Показаниями для проведения капсульного исследования было подозрение на заболевания кишечника. Для подтверждения данных капсульного исследования всем пациентам проводилась колоноскопия, в некоторых случаях также потребовалось проведение интестиноскопии.

Результаты исследования

Полноценный осмотр тонкой или толстой кишки на всем протяжении был выполнен у 32 пациентов. У трех пациентов с толстокишечной видеокапсулой, несмотря на дополнительную стимуляцию моторики кишечника, запись остановилась в сигмовидной кишке. В двух случаях провести полноценный осмотр помешало наличие большого количества содержимого. В одном случае капсула не активировалась. В одном случае прохождению капсулы помешала стриктура тонкокишечного анастомоза, при этом, капсула не obtурировала оставшийся просвет анастомоза и не вызвала кишечную непроходимость. Для извлечения капсулы применялась баллонная дилатация анастомоза.

Патологических изменений не обнаружено у 8 пациентов, при этом, у 5 из них обнаружена лимфофолликулярная

гиперплазия слизистой оболочки терминальной части подвздошной кишки, что может являться вариантом нормы.

Патологические изменения были обнаружены у 31 пациента.

Болезнь Крона выявлена у 12 пациентов. Из них у 7 пациентов — в форме илеоколита, в одном случае осложненная стриктурой илеоилеоанастомоза, у 5 — в форме илеита. Следует отметить, что капсульная эндоскопия, в некоторых случаях, уменьшила степень воспаления слизистой оболочки.

Ангиодисплазии слизистой оболочки толстой кишки обнаружены у 2 пациентов. Подслизистые образования тонкой кишки выявлены у 2 пациентов. У одного пациента с синдромом Пейтца-Егерса также были обнаружены полипы в тонкой кишке.

У оставшихся пациентов патологические изменения представляли собой полипы толстой кишки и дивертикулез, или их сочетание. Следует отметить, что в трех случаях, полипы обнаруженные при помощи видеокапсулы не были обнаружены на предшествующей колоноскопии и потребовали повторной колоноскопии для визуализации. И только в одном случае, полип толстой кишки, обнаруженный на колоноскопии, не был обнаружен при помощи видеокапсулы. Причиной этому служит локализация полипа — купол слепой кишки. При видеокапсульном исследовании капсула не прошла в слепую кишку, сразу попав в восходящую кишку.

Заключение

Таким образом, видеокапсульная эндоскопия помогает решить многие вопросы диагностики и лечебной тактики при заболеваниях кишечника. Несомненно, необходимы дальнейшие исследования для более широкого внедрения ее в клиническую практику.



Ликутов А. А.



Веселов В. В.

Первый опыт применения видеокапсульной системы CapsoVision Capsule Endoscopy System у детей

Лохматов М. М., д.м.н., проф., зав. отделением эндоскопических и морфологических исследований
НИИ Педиатрии ФГБУ НЦЗД МЗ РФ

Будкина Т. Н., к.м.н., с.н.с., врач-эндоскопист, Садилов И. С., м.н.с., врач-эндоскопист

ФГБУ Научный Центр Здоровья Детей МЗ РФ

г. Москва

С 2003 г. в Научном Центре Здоровья Детей активно используется видеокапсульная эндоскопия (ВКЭ) для диагностики патологических процессов, расположенных в глубоких отделах тонкой кишки, не доступных для традиционных эндоскопических методов (эзофагогастродуоденоскопии и колоноскопии). За время использования ВКЭ показала себя высокоинформативным методом исследования не только тонкой кишки, но и других отделов желудочно-кишечного тракта (пищевод, желудок, толстая кишка).

Сегодня в диагностической практике используют видеокапсульные системы, произведённые во многих странах мира (Япония, Корея, Китай, Россия, США). CapsoVision Capsule Endoscopy System (США) — первая видеокапсульная система с боковой оптикой для фиксации изображений, кардинально отличающаяся от представителей своего класса возможностью сохранения изображений на видеопроцессоре, расположенном внутри видеокапсулы (ВК).

Цель

Изучить информационную ценность изображений, полученных с помощью видеокапсульной системы CapsoVision Capsule Endoscopy System у детей, оценить

положительные стороны и недостатки в её применении у детей.

Материалы и методы

В отделении эндоскопических и морфологических исследований НИИ Педиатрии Научного Центра Здоровья Детей МЗ РФ было проведено 5 видеокапсульных эндоскопических исследований с помощью новейшей системы CapsoVision у детей 9–11 лет (четверо мальчиков с болезнью Крона и одна девочка с семейным аденоматозным полипозом). Все дети с болезнью Крона поступили в стационар повторно и получали терапию по поводу данного заболевания. Один мальчик являлся носителем колостомы, которая была наложена в связи с осложнением болезни Крона — рецидивирующим параректальным свищом. Видеокапсула активировалась самостоятельно при извлечении из индивидуальной упаковки и проглатывалась ребёнком.



Результаты

Сравнивая видеокапсульную систему CapsoVision с такими аналогами как Olympus, MiroCam, PillCam и т.д., следует акцентировать особое внимание на ряде принципиальных отличительных особенностей. Основным и наиболее значимым, по нашему мнению, с клинической точки зрения отличием является наличие боковой (а не классической торцевой) оптики, представленной 4 видеокамерами, расположенными по кругу. Данная конфигурация обеспечивает возможность осмотра слизистой оболочки полых органов пищеварительного тракта в диапазоне 360°. В этом кроется огромный потенциал капсулы CapsoVision, так как осмотру становятся доступны абсолютно все участки слизистой оболочки, которые торцевой оптикой визуализировать не всегда возможно. Обратной стороной столь положительного аспекта являются некоторые особенности интерпретации полученного изображения — оно несколько отличается от всем привычной картинки, создаваемой камерой стандартной ВК (в основном, за счёт отсутствия визуализация про-



Рабочая станция



Перед приёмом капсулы



Ротовая полость



Геморрагическая эрозия в теле желудка



БДС



Очаговое скопление небольших плоских эрозий в терминальном отделе подвздошной кишки

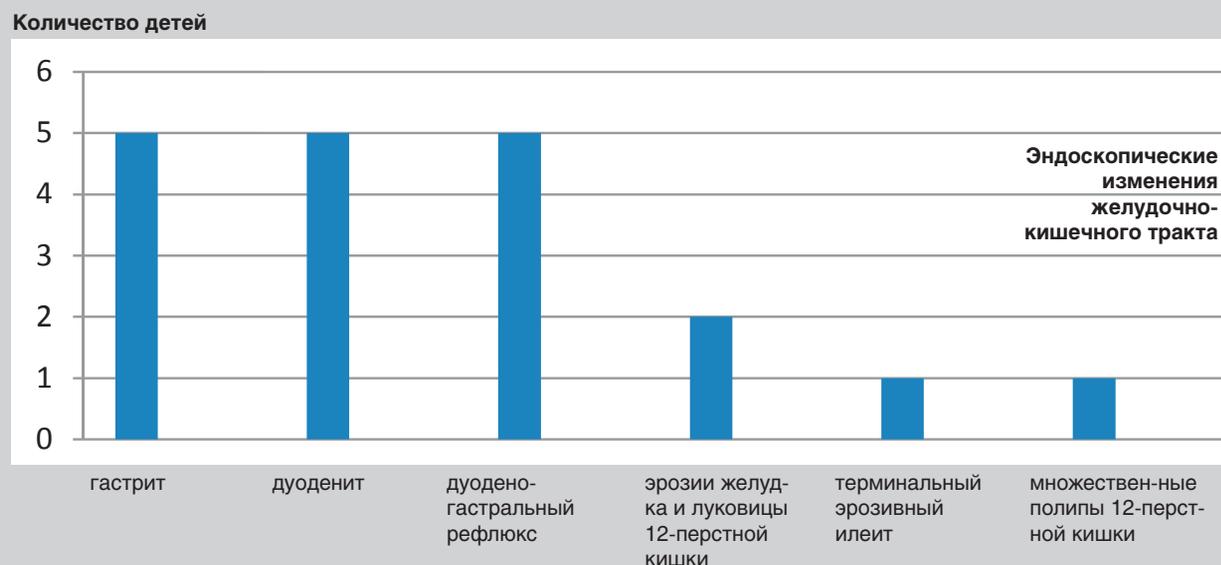
света полого органа), что в свою очередь требует времени для адаптации врачей-эндоскопистов.

Второй отличительной и, несомненно, положительной особенностью является интеграция запоминающего компонента системы в саму капсулу и, как следствие, отсутствие необходимости фиксации на теле пациента многочисленных проводных датчиков и зачастую громоздких ресиверов (что особенно актуально в педиатрии). Разумеется, в связи с этим появляется необходи-

мость не упустить ВК «на выходе», что несколько отсрочивает интерпретацию результата исследования, так как «пойманную» капсулу требуется вернуть врачу.

Для переноса данных с ВК предусмотрена компактная загрузочная система, связанная со стационарным компьютером через удобный и интуитивно понятный программный интерфейс, куда после предварительной дезинфекции помещается использованная капсула. Важно отметить, что загруженная информация

Диаграмма 1. Частота эндоскопических изменений желудочно-кишечного тракта у детей, выявленных с помощью системы CapsoVision



автоматически превращается в стандартный, достаточно компактный видеофайл, что делает возможным просмотр и оценку результатов с любого компьютера, а не только с того, на котором установлена специальная программа.

Нельзя не упомянуть о длительности работы видеокапсулы. В нашем исследовании время от момента активации до завершения съёмки варьировалось от 13 до 17 часов, что на наш взгляд обеспечивает возможность использования данного устройства также для выполнения видеокапсульной колоноскопии.

При ВКЭ у всех детей был выявлен гастрит (диаграмма 1), в одном случае с эрозиями в теле желудка, которые имели размеры до 2 мм и были покрыты гематином. Также у всех детей выявлялся дуоденит (с фрагментированными плоскими эрозиями в луковице — в одном случае). Воспалительных изменений в тощей кишке отмечено не было. У всех детей был хорошо выражен ворсинчатый слой в тонкой кишке. У одного ребёнка с болезнью Крона был диагностирован терминальный эрозивный илеит: в терминальном отделе подвздош-

ной кишки визуализировались множественные эрозии, до 1–2 мм с налётом фибрина на фоне гиперемированной, отёчной слизистой оболочки. У девочки с семейным аденоматозным полипозом выявлялись множественные полипы, до 2–3 мм, плоские, с рыхлой белесоватой поверхностью, в постбульбарных отделах 12-перстной кишки. У большинства детей (четверо) отмечался дуодено-гастральный рефлюкс, признаками которого служили наличие желчи в желудке или обратный заброс капсулы из 12-перстной кишки в желудок. Перистальтическая активность тонкой кишки во всех случаях была удовлетворительной.

Заключение

Видеокапсульная система CapsoVision Capsule Endoscopy System показала себя высокоинформативным методом диагностики патологических процессов, локализованных в тонкой кишке, имеет положительные особенности в сравнении с другими видеокапсульными системами и является инновационной технологией, открывающей новое направление в ВКЭ.



Первый опыт в России применения видеокапсулы с панорамным обзором

Мальков В. А., асс. кафедры эндоскопии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, зав. отделением эндоскопии Университетской клиники СПбГУ ФГБУ «СПМЦ» МЗ РФ

Кузьмин-Крутецкий М. И., д.м.н., проф., зав. Кафедрой Эндоскопии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, гл. эндоскопист Комитета по здравоохранению Правительства СПб

С. И. Сенчило, врач-эндоскопист отделения эндоскопии Университетской клиники СПбГУ ФГБУ «СПМЦ» МЗ РФ

г. Санкт-Петербург

В 2000 году в США впервые для диагностики патологии тонкой кишки была применена видеокапсула.

На сегодняшний день ее применение является методом первой линии для неинвазивной диагностики патологии тонкой кишки, такой как «скрытые» кровотечения, как метод выявления и контроля (наблюдения) за пациентами с синдромом диффузного полипоза, синдромом Линча, болезнью Крона

На базе Санкт-Петербургского многопрофильного центра (ФГБУ «СПМЦ») при содействии кафедры эндоскопии СЗГМУ им. И.И. Мечникова был получен первый в России опыт применения видеокапсулы CapsoCam SV-2 (Capso-Vision, Inc. Saratoga, California, USA) с панорамным (на 3600) обзором у 8 пациентов с различной патологией тонкой кишки. Техническими особенностями отличающие этот тип капсулы от капсул других производителей, является расположение четырех камер по ее боковой поверхности, что позволяет получить панорамное изображение под углом 3600 с углом обзора каждой камеры 900, с частотой кадров от 20 в 1 секунду до 5 в одну секунду с каждой камеры. Размер капсулы составляет 11мм x31 мм.

Благодаря тому, что капсула обладает внутренней флеш-картой емкостью 1 Гб, запись получаемых изображений происходит на внутреннюю память, что дает возможность отказаться от применения разнообразных наружных устройств записи изображений, и это дает возможность использовать эту капсулу у пациентов с кардиостимуляторами вследствие отсутствия радиочастотных сигналов.

Группы пациентов разделились следующим образом:

1. 3 пациента с так называемым синдромом «скрытого кровотечения»

когда имеются признаки кровотечения, такие как мелена, анемия, положительный тест на скрытую кровь, но при эзофагогастродуоденоскопии и при колоноскопии источников кровотечения не выявлено.

2. 4 пациента с диагнозом болезни Крона
3. 1 пациент с абдоминальным болевым синдромом, без выявленной патологии при неоднократно выполнявшейся эзофагогастродуоденоскопии и колоноскопии.

Кроме того, у нас имеется уникальный опыт использования видеокапсулы дистанционно, в городе Якутск республики Саха.

Подобное исследование нами было выполнено с целью изучения возможности проведения видеокапсульной эндоскопии специалистами различных направлений (терапевтами, гастроэнтерологами, врачами общей практики, хирургами и т.д.) в различных регионах Российской Федерации. Видеокапсула передавалась лечащему врачу с подробными инструкциями (после проведения соответствующего инструктажа), кроме того, экспертом осуществлялась постоянная телефонная и интернет связь с лечащим врачом и пациентом, после извлечения капсула курьерской службой доставлялась в СПб, после чего экспертом проводилась расшифровка полученных данных. И вместе с экспертным заключением и полученными изображениями передавалась лечащему врачу, который определял дальнейшую тактику лечения пациента и сообщал ему о полученных результатах.

Таким образом, в первой группе в двух случаях из трех, нам удалось вы-



Мальков В. А.



Кузьмин-Крутецкий М. И.



явить источник кровотечения тонкой кишки в виде сосудистой мальформации и язвенного поражения ниже-горизонтального отдела ДПК.

Во второй группе в 2 случаях из четырех нам удалось подтвердить болезнь Крона с поражением толстой и тонкой кишки и в одном случае подтвердить изолированное поражение тонкой кишки.

В третьей группе при видеокапсульной эндоскопии данных за патологию тонкой кишки не получено, что позволило исключить ее поражение и внести некоторую корректировку в дальнейшую тактику ведения этого пациента.

Заключение

Использование видеокапсулы CapsoCam SV-2 (Capso-Vision, Inc. Saratoga, California, USA) с панорамным (на 3600) обзором позволяет получить изображение с высоким разрешением, а ее технические характеристики дают возможность с большой вероятностью избежать наличие так называемых «слепых зон», что значительно повышает качество диагностики. Кроме того полученный опыт дистанционного использования видеокапсулы в регионах РФ позволяет повысить ее доступность для населения с сохранением информативности за счет экспертной оценки полученных данных.



Баллонная дилатация стриктур межкишечных анастомозов

**Мтвралашвили Д. А., м.н.с. отдела эндоскопической хирургии и диагностики
Веселов В. В., д.м.н., проф., рук. отдела эндоскопической хирургии и диагностики**

ФГБУ «ГНЦК им. А. Н. Рыжих» Минздрава России

г. Москва

Баллонная дилатация — метод выбора при коррекции стриктур межкишечных анастомозов. Методика заключается в устранении сужений в зонах анастомозов путем их растяжения специальным баллоном, раздувающимся внутри просвета стриктуры.

Цель исследования

Определить эффективность баллонной дилатации при стриктурах различного генеза в условиях ФГБУ «ГНЦК им. А. Н. Рыжих» МЗ РФ.

Материалы и методы

В исследование было включено 20 пациентов, проходивших лечение в условиях ФГБУ «ГНЦК им. А. Н. Рыжих» МЗ РФ в 2014–2016 г.г. По половой принадлежности было несколько больше мужчин (11 человек, 55%). Средний возраст составил 59,65±10,45 лет. У 7 пациентов (35%) был сформирован сигморектальный анастомоз, у 5 пациентов — илеотрансверзоанастомоз (25%), у 4 (20%) пациентов — илеоасцендоанастомоз, и еще у 4 (20%) — дисцендоректальный анастомоз. В основном пациенты были оперированы по поводу рака различных отделов ободочной кишки — 12 пациентов (60%), 5(25%) — по поводу осложненных форм дивертикулярной болезни, еще 3 (15%) — по поводу болезни Крона с поражением терминального отдела подвздошной кишки и илеоцекальной области. При обследовании исходный диаметр стриктур колебался от 0,3 до 2 см (средний диаметр 0,77±0,26 см). Все стриктуры были преимущественно непротяженными (0,33±0,1 см). У 12 пациентов баллонная дилатация была выполнена в 1 этап, у 2 — в 2 этапа, у 4 — в 3 этапа, у 2 пациентов было произведено многоэтапное лечение (9 и 12 этапов). Период наблюдения составил от 1 до 12 месяцев. Для проведения баллонной дилатации использовались баллоны Boston scientific различного диаметра. Статистическая

обработка данных производилась с помощью программы SPSS Statistics 18.0.

Результаты

После первого этапа дилатации баллонами диаметром от 0,6 до 1,35 см средний диаметр просвета составил 1,275±0,38 см. У подавляющего большинства пациентов (12 человек, 60%) диаметр просвета составил более 1 см, однако у 8 пациентов сохранялась стриктура, непротяжимая для эндоскопа (от 0,5 до 0,9 см). Данная группа пациентов потребовала проведения дальнейшей терапии, из них у 2 (10%) второй этап дилатации позволил достигнуть целевых значений (диаметр просвета 1,5–1,6 см), еще у 4 (20%) пациентов целевые значения были достигнуты после проведения третьего этапа дилатации. У 2 пациентов, потребовавших многоэтапного лечения, исходно были сформированы сигморектальные анастомозы, при этом повторные дилатации требовались с интервалами в 1–2 месяца. У всех пациентов при выполнении манипуляций отмечались незначительные травмы слизистой оболочки (1–2 трещины), которые самостоятельно эпителизировались при повторном контрольном исследовании. При этом статистически достоверной взаимосвязи между видом хирургического вмешательства, протяженностью исходной стриктуры и результатом баллонной дилатации выявлено не было.

Заключение

Баллонная дилатация является методом выбора при разрешении стриктур межкишечных анастомозов. Метод является эффективным, малотравматичным и может использоваться по мере необходимости даже с незначительными временными промежутками. Однако, требуется дальнейшая отработка методики выполнения манипуляции для выработки окончательных показаний к применению баллонной дилатации в клинической практике.



Мтвралашвили Д. А.



Веселов В. В.

Место колоректального стентирования в лечении острой обтурационной толстокишечной непроходимости

Нечипай А. М. д.м.н., проф., Коржева И. Ю. д.м.н., проф., Галаева Е. В. д.м.н.,
Чеченин Г. М. к.м.н., доцент, Лебедев С. С. к.м.н., доцент

ГБОУ ДПО РМАПО кафедра эндоскопии, кафедра хирургии, ГКБ им. С.П. Боткина

г. Москва

Актуальность проблемы

Несмотря на стремительное развитие хирургической и анестезиологической техники острая обтурационная кишечная непроходимость (ООТКН) относится к числу самых тяжелых состояний в экстренной хирургии. Сохраняются стабильно высокие показатели летальности при ООТКН, которые по данным разных авторов колеблются в пределах 23–52%. Неблагоприятные исходы оперативного лечения ООТКН во многом связаны с тяжестью состояния пациентов на поздних стадиях заболевания, подавляющее большинство больных (60–90%) поступают в сроки от 3-х суток и более от начала клинических проявлений ООТКН.

Причинами ООТКН в 25–40% случаев является колоректальный рак, при этом у трети пациентов на момент операции определяется 4 стадия заболевания. В 16–39% наблюдений обтурационная кишечная непроходимость развивается на фоне запущенных опухолей внекишечной локализации. Так же причинами ООТКН являются рубцовые стриктуры, возникшие после ранее перенесенной лучевой терапии, ишемического колита, осложненного дивертикулеза, воспалительных заболеваний толстой кишки (22–30%). При этом не менее 80–90% всех пациентов, поступающих с ООТКН — больные старше 65 лет и практически у 100% больных сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Эффективность консервативного лечения ООТКН, включающего в себя сифонные клизмы, декомпрессию верхних отделов желудочно-кишечного тракта, инфузионную, спазмолитическую терапию крайне низка.

Ранее единственным эффективным методом лечения ООТКН являлось хирургическое вмешательство. В настоящее время, наиболее перспективными методами ликвидации ООТКН и восстановления пассажа по толстой кишке являются эндохирургические методики. К ним относятся восстановление просвета кишки путем эндоскопической плазменной реканализации, стентирования опухолевого стеноза толстой кишки, формирования колостомы лапароскопическим методом. В ГКБ имени С.П. Боткина накоплен опыт стентирования толстой кишки у 56 больных ООТКН.

Цель исследования

Оценить эффективность лечения пациентов ООТКН с помощью колоректального стентирования СМРС.

Материалы и методы

За период 2010–2015 гг. в ГКБ им. С.П. Боткина госпитализировано 340 пациентов с ООТКН. Всем пациентам с момента госпитализации проводился комплекс диагностических и лечебных мероприятий, направленный на точную оценку состояния больного, установление причин ООТКН, консервативных методов ликвидации кишечной непроходимости и предоперационной подготовки.

У 12 (3.5%) из 340 больных удалось добиться разрешения явлений нарушения кишечной проходимости с помощью консервативных мероприятий. Неэффективность консервативной терапии потребовала выполнения экстренных операций. Экстренные и срочные вмешательства предприняты у 280 (82.3%) пациентов: выполнены операции в объеме резекции левых отделов ободочной кишки, правосторонней гемиколэктомии, формирования двухствольной колостомы, формирования двухствольной илеостомы. С 2008г в клиническую практику стал внедряться способ лечения ООТКН путем установки колоректальных стентов. Установка колоректальных стентов при ООТКН осуществлена у 56 (16.5%) больных — эта часть пациентов составила основную группу анализа. В контрольную группу включены случаи заболевания остальных 280 (82.3%) пациентов, перенесших различные оперативные вмешательства по поводу ООТКН.

Показаниями к колоректальному стентированию являлись: обтурационная кишечная непроходимость (в т.ч. декомпенсированная), наличие тяжелых сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации, обусловливающих непереносимость хирургического вмешательства, диссеминация опухолевого процесса, техническая возможность проведения проводника через зону сужения просвета толстой кишки (остаточный просвет не менее 2 мм).

Противопоказаниями к колоректальному стентированию являлись: подозрение на перфорацию опухоли, рак нижнеампулярного отдела прямой кишки.

Колоректальное стентирование выполнялось в эндоскопической рентгеноперационной, в ходе видеоэндоскопической колоноскопии под постоянным рентгеновским контролем с помощью ЭОП. Колоноскоп подводился к месту сужения, контрастировали зону сужения жидким водорастворимым контрастом, определяя его «топографию» и протяженность. Затем по каналу колоноскопа, под контролем зрения и рентгеноскопии ме-

таллический проводник проводился с избытком за зону сужения, после чего по нему устанавливалась система доставки колоректального стента. Раскрытие стента контролировалось при рентгеноскопии. В течение первых суток после стентирования у пациентов отмечались клинические признаки восстановления кишечного пассажа: начинали отходить кишечные газы, стул, иногда обильный, уменьшалось вздутие живота. В послеоперационном периоде в течение 3–6 суток пациентам проводилась коррекция водно-электролитных и белковых нарушений, анемии, лечение сопутствующих заболеваний. После выполнения контрольной ирригоскопии больные в стабильном состоянии выписывались из стационара под наблюдение хирурга и онколога.

Результаты

Установкой колоректальных стентов достигнуто восстановление кишечной проходимости у 54 (96%) из 56 пациентов. В 4 (7,1%) случаях наблюдалась дислокация колоректальных стентов, при этом в 3 из 4 случаев произошла дислокация покрытых колоректальных стентов. В 1 наблюдении мигрировал непокрытый колоректальный стент, установленный в восходящую ободочную кишку. Во всех случаях мигрировавшие стенты удалось репозиционировать в места их исходной установки. В 2 (3,6%) случаях при установке колоректальных произошла перфорация распадающихся опухолей сигмовидной кишки, что потребовало выполнения экстренных операций — лапаротомии, сигмоидэктомии, санации брюшной полости. Один из этих пациентов умер на 2 сутки после экстренного хирургического вмешательства на фоне прогрессирования сердечно-сосудистой недо-

статочности; во втором случае больная с множественными метастазами рака в головном мозге умерла через 1 месяц после экстренной операции на фоне нарастания тяжести неврологической симптоматики. В одном случае установить колоректальный стент не удалось — остаточный просвет в зоне стеноза менее 1 мм (для проводника не проходим).

Заключение

Наш опыт колоректального стентирования у больных ООТКН позволяет оценить достоинства и недостатки этого метода.

Достоинства: выполненное по показаниям колоректальное стентирование высокоэффективный метод восстановления пассажа по толстой кишке, практически не оказывает негативного влияния на течение основного заболевания, не приводит к снижению качества жизни пациентов. Установка колоректального стента позволяет, благодаря декомпрессии кишечника, консервативным способом устранить развившиеся в этой связи критические нарушения гомеостаза, предоставляет время для необходимого дообследования и, при наличии показаний, для подготовки больного к плановой радикальной или циторедуктивной операции, для коррекции сопутствующей патологии, для проведения ПХТ.

Недостатки: высокая стоимость колоректального стента; необходимость постоянного наличия в составе круглосуточной дежурной бригады врачей подготовленных специалистов — эндоскописта, рентген-хирурга, анестезиолога, непредсказуемая вероятность осложнений (перфорации опухоли, перфорация кишки, миграция стента, кровотечение).

Колоноскопия в оценке динамики развития аденом толстой кишки

Никифоров П. А., проф. кафедры хирургии с курсом эндоскопии

ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ

г. Москва

В настоящее время колоноскопия является одним из основных методов обследования и наблюдения за больными с заболеваниями толстой кишки, а также важнейшей составляющей профилактических мероприятий и скрининга колоректального рака (КРР).

Колоноскопия в поликлиниках лечебных учреждениях подведомственных УД Президента РФ составляет значительную часть работы подразделений эндоскопии, достигая 6000–10000 исследований в год. Около 70% пациентов обследуются активно, в порядке диспансерного наблюдения. Важным условием успешного и эффективного исследования толстой кишки является качественная подготовка к колоноскопии. В настоящее время большое распространение получил лаважный способ подготовки с применением изоосмолярного раствора полиэтиленгликоля (Макроголь 4000) и электролитов (препарат Фортранс). 15-летний опыт использования этого препарата у широкого круга пациентов, в том числе и в амбулаторных условиях, подтвердил его высокую эффективность, позволяющую провести полное обследование всех пациентов и получить хороший и отличный результат в 76–90% случаев. Установлено, что обязательным условием эффективной подготовки является соблюдение бесшлаковой диеты, четкое следование правилам приема препарата и использование методики его «дробного» назначения. В лечебных учреждениях Медицинского центра «Фортранс» является средством выбора для подготовки к колоноскопии и эндоскопическим операциям и широко применяется в повседневной практике, пользуясь доверием врачей и больных, и применяется в 60–85% случаев.

По данным работы подразделений эндоскопии МЦ, полипы толстой кишки выявляются с частотой 29–35%, рак толстой кишки составляет ежегодно 0,2–0,5% случаев от числа обследованных пациентов поликлиник и 2,0–4,6% случаев больных стационаров.

Среди полипов толстой кишки в качестве предраковых заболеваний рассматриваются аденомы, а их выявление, наблюдение и удаление является важным аспектом работы подразделений. В выборке, состоящей из 12492 удаленных или биопсированных полипов толстой кишки, 10819 (87%) являлись аденомами различной гистологической структуры, 13% представляли гиперпластические и воспалительные полипы. Частота выявления подслизистых опухолей не превышала 0,1–0,2%. У мужчин и женщин полипы были обнаружены в 47% и 18% случаев соответственно. Вероятность выявления полипов возрастала от 15% в возрастной группе моложе 50 лет до 48% у лиц старше 70 лет.

Как видно, большая часть полипов представлена тубулярными аденомами. Остальные образования имели более сложную гистологическую структуру. Имеется зависимость размера аденом, их локализации и строения: полипы крупных размеров чаще расположены в левых отделах и чаще представлены ворсинчатыми структурами. Наличие дисплазии, констатировано в 4,6% случаев, с большей частотой среди тубулярно-ворсинчатых и ворсинчатых аденом. Инвазивный рост в тело и ножку имел место в 41% случаев. Вероятность выявления малигнизированных полипов составила 1,1%. Эта величина возрастает в зависимости от структуры образования от 0,47% до 8,8%. Оценены результаты эндоскопического наблюдения за 551 больным, включая 259 пациентов, у которых ранее была произведена эндоскопическая полипэктомия с удалением всех выявленных полипов. Средняя длительность наблюдения составляла 3,2 года. Повторное возникновение полипов после удаления имело место в 41% случаев. Вместе с тем, в контрольной группе из 259 пациентов впервые, за тот же отрезок времени, они возникли значительно реже, у 20% больных.

Результаты касаются только повторного возникновения аденом вне непосредственной зоны удаления. Об-

Таблица 1. Характеристика аденом толстой кишки

Гистологическая структура	Частота	Размер более 1 см	Дисплазия 3 степени	Малигнизированные аденомы	Условная вероятность малигнизации
Тубулярная аденома	8976(83,5%)	5%	2833,5%	4336%	0,47%
Тубулярно-ворсинчатая аденома	1459(13%)	44%	14910,2%	4236%	3,05%
Ворсинчатая аденома	384(3,5%)	58%	6316,4%	3428%	8,8%
Всего	10819100%		4654,6%	1191,1:%	1,1%

разование полипов было отмечено с большей частотой в группах, где были удалены крупные полипы в основном сложного строения и малигнизированные полипы (64%), чем у пациентов с удаленными мелкими полипами (39%). В числе полипов, образовавшихся повторно, крупные аденомы тубулярно-ворсинчатого строения были выявлены в 18% случаев, примерно такое же соотношение существовало в группе пациентов, обследованных первично. Мы располагаем данными ежегодного эндоскопического наблюдения за 249 больными с полипами толстой кишки, удаление которых не проводилось в основном из-за их небольшого размера.

Существенного роста полипов за указанный период отмечено не было. Вместе с тем, у 32 пациентов этой группы констатировано возникновение в короткий интервал времени достаточно крупных полипов тубулярно-ворсинчатого и ворсинчатого строения, ранее отсутствующих. Из числа больных, у которых были обнаружены малигнизированные полипы, 21 человек обследовался ранее по поводу существующих или удаленных полипов (14 случаев), рака толстой кишки (3 случая) или хронического колита (4 случая). У всех пациентов предшествующее колоноскопическое исследование, осуществлялось за год до выявления полипа, и в тот период времени данное образование отсутствовало. Рецидив, то есть повторное образование полипа в зоне произ-

веденной полипэктомии, имел место в течение одного-двух лет наблюдения у 19 пациентов из 89 (22%). Первично у больных имелась аденома тубулярно-ворсинчатого и ворсинчатого строения на широком основании или со стелющимся характером роста. У 3 больных этой группы в течение года в зоне удаления развилась злокачественная опухоль, которая при операции была квалифицирована, как первая стадия рака толстой кишки. После эндоскопического удаления 34 малигнизированных полипов, представленных ворсинчатыми опухолями, рецидив отмечен у 12 больных. Из них у шести возникла аденома доброкачественного строения со структурой, аналогичной ранее удаленной опухоли, у двоих имел место рецидив малигнизированного полипа и у четверых в зоне удаления образовался рак. Сроки рецидива у всех больных не превышали одного года.

Таким образом, аденомы толстой кишки достаточно часто встречаются в популяции взрослых, достигая по мере увеличения возраста 50% от числа обследованных. Размер и структура аденом, а также динамика и характер роста определены в начальном периоде. Удаление полипов не исключает вероятности повторного возникновения аденом, а пациенты с указанной формой патологии нуждаются в активном динамическом наблюдении, включая проведение эндоскопической полипэктомии

Возможности эндоскопической диагностики и лечения у больных с заболеваниями толстой кишки

Романенков С. Н., Анишев А. С., Логинов Е. В., Мороз О. Р., Жегалин Е. Ю.

БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В. И. Яцкив»

г. Нефтеюганск

Введение

Авторами проведен анализ результатов обследования и лечения пациентов с заболеваниями толстой кишки. С целью диагностики применены лабораторные исследования и внутрисветовая эндоскопия. Использование эндовидеохирургических технологий позволили значительно улучшить результаты лечения.

Цель

Показать эффективность комбинированных методов диагностики и лечения неопластических образований толстой кишки.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов обследования 12008 пациентов, считающих себя практически здоровыми. На первом этапе пациентам проведено двухкратное исследование кала на гемоглобин и трансферрин. Для этого использовали набор производства Alfresa Pharma Corporation, Japan. Скрининг-тест оказался положительным у 1813 (15,09%) пациентов. На втором этапе, пациентам с положительным скрининг-тестом, проведена диагностическая колоноскопия, во время которой патология толстой кишки диагностирована у 1291 (71,1%) пациента. Среди выявленных заболеваний: неопластические образования диагностированы у 602 (46,6%) пациентов, хронический геморрой — 335 (25,9%), воспалительные заболевания — 223 (17,3%), дивертикулярная болезнь — 131 (10,1%). Всем пациентам с неопластическими образованиями выполнена биопсия с последующим гистологическим исследованием биопсийного материала. Колоректальный рак диагностирован в 36 (2,8%) случаях, доброкачественные новообразования в 566 (43,8%).

Результаты и их обсуждение

В эндоскопическом отделении БУ «НОКБ им. В. И. Яцкив» у 436 пациентов выполнена эндоскопическая полипэктомия неопластических образований толстой и прямой кишки методом петлевой электроэксцизии опухоли — 427 случаев и методом диссекции в подслизистом слое — 7. У 2 пациентов с ворсинчатыми опухолями, диаметр основания которых занимал более диаметра кишки, выполнена открытая операция: правосторонняя гемиколэктомия — 1, резекция сигмовидной кишки — 1. Мужчин было 171 (39,2%), женщин — 265 (60,8%). Средний возраст $46,6 \pm 4,1$ лет.

Наибольшее количество удаленных опухолей локализовалась в сигмовидной кишке — 176, прямой кишке (75), в ректосигмоидном отделе — 24, в нисходящей обо-

дочной — 35, в поперечной ободочной — 49, в восходящей ободочной — 36, в слепой кишке — 34. Таким образом, в левой половине толстой кишки ворсинчатые опухоли располагались у 310 пациентов, в правых отделах — у 119. Синхронные опухоли были у 128 пациентов: у 29 пациентов в прямой и сигмовидной кишке, у 37 — сигмовидной и поперечной ободочной кишке, у 24 — в восходящей, поперечной ободочной и сигмовидной кишке, 38 — в нисходящей ободочной, сигмовидной и слепой кишке.

Послеоперационные осложнения в виде кровотечения из основания удаленной ворсинчатой опухоли были у 6 пациентов. В 5 случаях кровотечения были остановлены введением в подслизистый слой раствора адреналина 0,1% в разведении 1:10000 с последующим применением диатермокоагуляции, а в 1 случае клипирование кровоточащего сосуда.

После проведенного лечения все пациенты были осмотрены в сроки 6, 12 месяцев. У 2 пациентов при гистологическом исследовании удаленного новообразования диагностирована аденокарцинома. Пациенты консультированы и обследованы в онкоцентре. При контрольных колоноскопиях с гистологическим исследованием в сроки 3, 6, 12 месяцев рецидива заболевания нет. У 1 пациента через 12 месяцев после эксцизии латерально распространяющейся опухоли был выявлен местный рецидив заболевания. Проведено повторное эндоскопическое удаление с диссекцией в подслизистом слое и проведением контрольного гистологического исследования.

Среди 36 пациентов с колоректальным раком мужчин было 14, женщин 22. Средний возраст пациентов составил 63,5 года. По локализации злокачественные образования распределены следующим образом: правая половина толстой кишки — 5 пациентов, левая половина толстой кишки 31. Все больные с колоректальным раком были пролечены в специализированных стационарах. По результатам комплексного обследования и комбинированного лечения по стадиям процесса пациенты распределены следующим образом: I стадия — 10, II стадия — 17, III стадия — 6, IV стадия — 3.

Выводы

1. Комплексное обследование практически здоровых людей в 15,9% случаев позволило диагностировать заболевания толстой кишки.
2. Колоректальный рак и неопластические образования составили 46,6%.
3. Внутрисветовая эндоскопическая комбинированная полипэктомия была эффективной в 98,4% случаев.

Опыт применения тракционного устройства при выполнении диссекции в подслизистом слое (ESD) по поводу эпителиальных образований толстой кишки

Смирнов А.А., к.м.н., рук. 1 эндоскопического отделения, врач-эндоскопист,
Горелов А.С., к.м.н., врач-эндоскопист, Блинов Е.В. врач-эндоскопист

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»

г. Санкт-Петербург

Введение

Эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (ESD) играет важную роль в лечении эпителиальных образований толстой кишки большой площади, в связи с тем, что по данным литературы имеет значительно меньший процент местных рецидивов по сравнению с фрагментарной резекцией слизистой [1,2]. Известно, что выполнение ESD в толстой кишке сопряжено с большим количеством технических трудностей, одной из которых является плохая визуализация подслизистого слоя, что в свою очередь зависит от размеров и формы образования, активной перистальтики, топографических особенностей (анатомические изгибы, купол слепой кишки). Все эти факторы влияют на угол атаки оси эндоскопа по направлению к плоскости подслизистого слоя, делая его непригодным для безопасной работы. В нашей работе для решения сложных технических ситуаций мы использовали методику дополнительной трaкции удаляемого лоскута при помощи устройства оригинальной конструкции.

Материалы и методы

За период с сентября по декабрь 2016 года в нашей клинике было выполнено 28 эндоскопических дис-

секций в подслизистом слое во всех отделах толстой кишки. Из них:

- слепая кишка — 6 (22%);
- восходящая кишка — 2 (7%);
- поперечно-ободочная кишка — 4 (14%);
- нисходящая кишка — 1 (3%);
- сигмовидная кишка — 7 (25%);
- прямая кишка — 8 (29%).

Все операции мы начинали по стандартной методике, которая включала в себя циркулярный разрез вокруг опухоли с последующей диссекцией в подслизистом слое. В случае возникновения технических сложностей при введении дистального колпачка в подслизистый слой (недостаточная толщина слоя, острый угол вхождения, фиброз подслизистого слоя и др.) использовалась методика дополнительной трaкции лоскута.

Метод дополнительной трaкции был применен нами у 20 пациентов (12 мужчин, 8 женщин, средний возраст которых составлял 52 года) с образованиями различных отделов толстой кишки узлового и LST-типа, имеющими максимальные размеры от 2 до 7 см.

Использовались видеогастроскоп Pentax EG 29i10, ЭХБ Erbe 300S, FineMedics (Ю. Корея) I-тип, L-тип, эндоскопические клипсы Olympus и Endostars.



Рис. 1

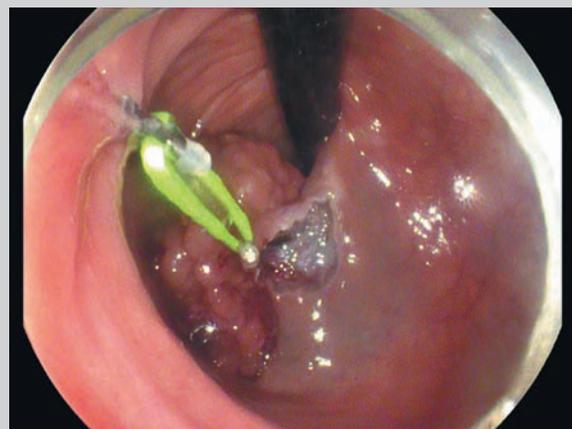


Рис. 2

Методика:

Тракционное устройство фиксируется как минимум в двух точках, одной из которых является край удаляемого лоскута, другой же — является точка, обеспечивающая максимальное натяжение.

Результаты

Все образования были удалены методом ESD единым блоком, без осложнений. Максимальное время операции составило 200 минут, минимальное — 35 минут (среднее время манипуляции составило 85 минут). С увеличением экзофитного компонента образования отмечалось усиление фиброза, а также значительное усиление васкуляризации подслизистого слоя, что, в свою очередь, увеличивало общее время операции. Выраженная интраоперационная кровопотеря была зафиксирована у 4 пациентов с экзофитными ворсинчатыми опухолями прямой кишки (3 пациента) и ректосигмоидного изгиба (1 пациент), что подтверждалось снижением гемоглобина в клиническом анализе крови на 1-е сутки послеоперационного периода в диапазоне от 8 до 21 г/л (в среднем на 14 г/л).

Использование тракционного устройства позволяет улучшить визуализацию подслизистого слоя, формируя более комфортный угол между продольной осью эндоскопа и плоскостью кишки, и за счет этого уменьшает время хирургического вмешательства и риск развития осложнений.

Выводы

1. Значительные трудности при выполнении эндоскопической диссекции в подслизистом слое по поводу эпителиальных образований представляет острый угол атаки дистального конца эндоскопа по отношению к плоскости удаляемого образования, а также богатая васкуляризация подслизистого слоя.
2. Основные трудности при удалении эпителиальных образований толстой кишки методом ESD связаны с размером опухоли и объемом экзофитного компонента, а также зависят от его локализации.
3. Использование тракционных устройств улучшает визуализацию и позволяет сократить время вмешательства.

Литература

1. Saito Y, Fukuzawa M, Matsuda T et al. Clinical outcome of endoscopic submucosal dissection versus endoscopic mucosal resection of large colorectal tumors as determined by curative resection. *Surg. Endosc.* 2010; 24: 343–52.
2. Yamomota H. et al. Endoscopic Submucosal Dissection for Colorectal Tumors. *Interventional and Therapeutic Gastrointestinal Endoscopy.* 2010; 27: 287–295.

Оптимизация применения эндоскопических методов остановки кровотечений при удалении полипов толстой кишки

Терещенко С. Г., д. м. н., проф., рук. эндоскопического отделения
Великанов Е. В., к. м. н., ведущ. н. с. эндоскопического отделения

Лукина Е. М., к. м. н., с. н. с. эндоскопического отделения, Лапаева Л. Г., к. т. н., с. н. с. эндоскопического отделения

ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского»

г. Москва

Введение

Эндоскопическая полипэктомия в настоящее время является основным методом лечения аденоматозных полипов толстой кишки. Наиболее опасным осложнением является кровотечение из ложа удаленного полипа или оставшейся части ножки. Оптимизация эндоскопических методов гемостаза при возникшем кровотечении способствует повышению лечебной эффективности и адекватному выбору эндоскопических оперативных вмешательств.

Цель работы

Оценить различные гемодинамические типы микроциркуляции методом ЛДФ у пациентов перед эндоскопической полипэктомией, для выбора метода гемостаза при прогнозируемых кровотечениях.

Материалы и методы

Эндоскопическое удаление полипов из толстой кишки произведено у 63 больных в условиях многопрофильного стационара под местной анестезией. У 38 больных с применением метода лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) основной группы удалено 57 полипов, у 25 пациентов без применения ЛДФ (контрольной) — 41 полип.

Комбинации изменений функциональной активности структурных компонентов, регистрируемых методом ЛДФ, были охарактеризованы как различные гемодинамические типы микроциркуляции: гиперемический (ГТМ), нормоциркуляторный (НТМ) и спастический (СТМ). Эти типы варьируют при различных нозологиях и зависят от функционального состояния организма. Значительная вариабельность ритмических характеристик колебаний в микроциркуляторном русле, регистрируемая ЛДФ, отражает уникальную способность капилляров к гемодинамической перестройке, в соответствии с действием эндо- или экзогенных раздражителей. Это явилось основанием для использования ЛДФ для определения типа микроциркуляции и в дальнейшем выбора способа остановки кровотечения при эндоскопическом удалении полипов.

Результаты

В основной группе СТМ установлен у 16 больных, которым удалено 23 полипа. Мужчин было 7, женщин 9. Средний возраст составил $66,9 \pm 4,5$ года. По воз-

растным группам больные распределились следующим образом: 45-59-5, 60-74-8, более 74-3. Локализация в толстой кишке: слепая — 1, поперечно-ободочная — 3, сигмовидная — 17, прямая — 2. По размерам от 0,5 до 1 см — 12 полипов, 1,1-1,5 см — 4, 1,6-2,0 см — 3, 2,1-3,0 см. — 4. Среднее значение удаленного полипа $15,4 \pm 3,6$ мм.

НТМ установлен у 14 больных основной группы, которым удалено 25 полипов. Мужчин было 8, женщин 6. Средний возраст составил $60,2 \pm 5,3$ года. По возрастным группам больные распределились следующим образом: 45-59-6 человек, 60-74-8 человек. Локализация полипов в толстой кишке: поперечно-ободочная — 8, сигмовидная — 12, прямая — 5. По размерам от 0,5 до 1 см — 20, 1,6-2,0 см — 2, 3,1-4,0 см. — 2, более 4,0 см — 1. Среднее значение удаленного полипа $13,4 \pm 4,4$ мм.

ГТМ установлен у 8 больных, которым удалено 9 полипов. Мужчин было 4, женщин 5. Средний возраст составил $62,6 \pm 5,5$ года. По возрастным группам больные распределились следующим образом: 45-59-3 человека, 60-74-5 человек. Локализация в толстой кишке: сигмовидная — 9. По размерам от 0,5 до 1 см — 2, 1,1-1,5 см — 3, 2,1-3,0 см. — 3, 3,1-4,0 см. — 1. Среднее значение удаленного полипа — $24,2 \pm 9,8$ мм.

У больных основной группы кровотечение имело место при удалении 13 (23%) полипов. При СТМ кровотечение развилось при удалении 3 (13%) полипов. Локализация в толстой кишке: слепая — 1, сигмовидная — 2. По размерам 1,6-2,0 см — 2, 2,1-3,0 см. — 1. При НТМ кровотечение развилось при удалении 5 (20%) полипов. Локализация в толстой кишке: сигмовидная — 3. По размерам до 1 см — 2, 3,1-4,0 см — 2, более 4-1. При ГТМ кровотечение развилось при удалении 5 (55%) полипов. Локализация в толстой кишке: сигмовидная — 5. По размерам: 1,1-1,5 см — 2, 3,1-4,0 см. — 2, более 4 см — 1.

В контрольной группе у 25 больных удален 41 полип из толстой кишки, при этом кровотечение имело место при удалении 10 (24%) полипов. При СТМ удаление 12 полипов осложнилось кровотечением в 2 (16%) случаях. При НТМ и ГТМ соответственно: 9-2 (22%) и 10-6 (60%).

При СТМ в основной группе в 3 наблюдениях, а в контрольной в 2-ух осложненного течения кровотечения было диффузным. При НТМ в 5 наблюдениях основной группы струйное кровотечение было в 2 случаях,

диффузное в 3, в контрольной группе соответственно: 1 струйное и 1 диффузное. При ГТМ в основной группе в 5 наблюдениях: 3 струйных и 2 диффузных, в контрольной группе из 6 наблюдений 4 струйные и 2 диффузные, что достоверно отличалось от осложненного течения при СТМ

При осложненном течении у больных контрольной группы выбор метода остановки кровотечения осуществлялась традиционно в соответствии с характеристиками источника кровотечения. При развитии кровотечения у больных основной группы выбор методики эндоскопического гемостаза осуществлялся в зависимости от типа микроциркуляции, установленного при ЛДФ.

Для остановки кровотечения у больных основной группы СТМ использовалась диатермокоагуляция, которая является универсальным, проверенным временем, и одновременно высокоэффективным способом эндоскопического гемостаза. Коагуляция источника кровотечения током высокой частоты, приводящая к быстрому разогреву тканей, потенцирует спастические реакции в зоне воздействия, и в конечном итоге приводит к тромбозу кровоточащего сосуда и/или уплотнению образовавшегося тромба. Кровотечение было остановлено в основной группе в 3 (100%) наблюдениях. У больных контрольной группы традиционный подход позволил достичь положительного результата также во всех наблюдениях — 2 (100%).

Для остановки кровотечения у больных основной группы с НТМ применялся инъекционный метод, при котором механическое сдавление сосудов раствором жидкости сочетается с местным гемостатическим действи-

ем. Кровотечение было остановлено в основной группе в 5 (100%) наблюдениях, в контрольной группе окончательный гемостаз достигнут в 1 (50%).

Для остановки кровотечения у больных с ГТМ патогенетически обосновано применение только метода эндоскопического клипирования. В основной группе кровотечение было остановлено в 5 (100%) наблюдениях, в контрольной группе окончательный гемостаз имел место в 3 (50%) наблюдениях, в остальных потребовались дополнительные внутриорганные вмешательства.

Заключение

Анализ данных ЛДФ по типу микроциркуляции при планировании эндоскопического удаления полипов и сравнению их с результатами полипэктомии и при необходимости эндоскопического гемостаза выявил определенную закономерность. При проведении полипэктомии и при выборе способа гемостаза для остановки возникшего кровотечения необходимо учитывать тип микроциркуляции, который коррелирует с предполагаемой реакцией сосудистого русла на экзогенный фактор, являющийся основным при удалении полипа и гемостазе. При СТМ экзогенное воздействие приводит скорее к спазму сосудов в зоне операции, поэтому при осложненном течении можно использовать любой способ гемостаза. При ГТМ экзогенное воздействие вызывает обратную реакцию, способствует расслаблению сосудистой стенки и развитию кровотечения, что необходимо учитывать при выборе способа местного гемостаза. По нашим данным наиболее оптимальным способом является клипирование.

Возможности прогнозирования структуры эпителиальных неоплазий толстой кишки при осмотре в узком спектре (NBI)

Ярема И. В., член-корр. РАН, засл. деятель науки РФ, д.м.н., проф., зав. кафедрой госпитальной хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России

Герасимов А. Н., д. физ.-мат. н., зав. кафедрой медицинской информатики и статистики медико-профилактический факультет ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России

Харькова О. М., врач-эндоскопист отделения эндоскопии ГБУЗ ГКБ № 5 ДЗ

Атаян А. А., асс. кафедры госпитальной хирургии № 2 ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России

Кошелева О. К., асс. кафедры патологической анатомии МГМСУ А. И. Евдокимова

г. Москва

Введение

В работе врача-эндоскописта множество уточняющих методик, позволяющих предположить возможную структуру эпителиальных неоплазий, однако гистологическое исследование остается основным методом предоперационной диагностики эпителиальных неоплазий. Эндоскопическая резекция слизистой и диссекция в подслизистом слое — методики лечения доброкачественных эпителиальных неоплазий и ранних форм рака толстой кишки, радикально выполнимые при отсутствии подслизистого фиброза, возникающего из-за множественных биопсий. Для соблюдения онкологических принципов удалять новообразования рекомендуется единым блоком, чего невозможно добиться при наличии фиброза. В связи с этим представляется актуальным оценить возможность прогнозирования структуры, выявленных эпителиальных неоплазий, с применением NBI режима, на основании ямочного и капиллярного рисунка.

Материалы и методы

В период с 2013 по 2014 г.г. в ГБУЗ ГКБ 5 ДЗ г. Москвы, в отделении эндоскопии 108 пациентам проведена

колоноскопия с осмотром в режиме NBI. Исследование проводили на видеоэндоскопической системе Olympus EXERA II, аппаратами Q180AL и H180AL. Возраст больных колебался от 20 до 92 лет. Мужчин было 32 (29,6%), женщин 76 (70,4%). Впервые колоноскопия выполнена 67 (62,03%) пациентам, повторная — у 41 (37,9%) пациента. Метод подготовки к исследованию пациенты выбирали самостоятельно, после беседы с врачом. У 108 обследованных пациентов выявлено 166 новообразований. Из 108 наблюдений в 3(2,8%) выявлены не эпителиальные образования. В 12 (11,1%) наблюдениях выявлены злокачественные опухоли толстой кишки, гиперпластические полипы выявлены в 21 (19,3%) наблюдении, тубулярные аденомы — в 77 (71,2%). Так же выявлены в 2 (1,8%) случаях тубулярные аденомы с фокусами аденокарциномы, тубулярно-ворсинчатые аденомы в 19 (17,5%) наблюдениях, в 32 наблюдениях (29,6%) выявлена гиперплазия желез с воспалительными изменениями в виде очагов гиперплазии.

Дисплазия 1 степени была выявлена в 16 наблюдениях (14,8%), дисплазия 2 степени — в 36 наблюдениях (33,3%), дисплазия 3 степени — в 3 наблюдениях (2,8%),

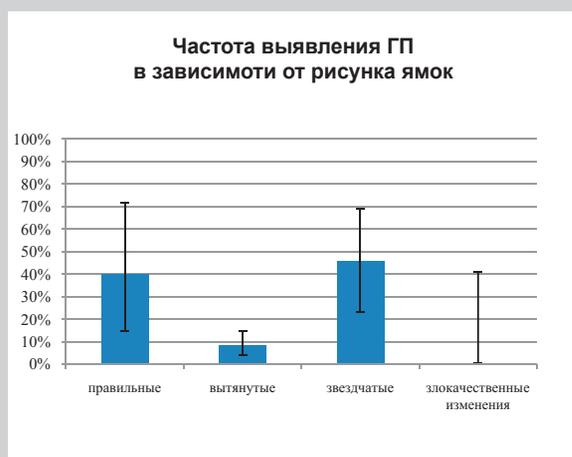


Рис. 1. Частота выявления гиперпластических полипов в зависимости от рисунка ямок новообразования. Где: ГП — гиперпластический полип

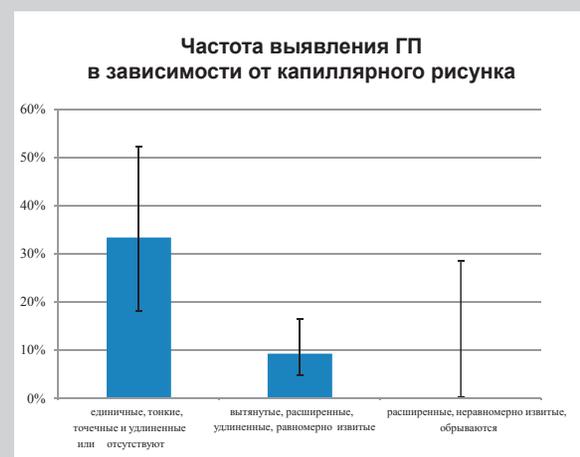


Рис. 2. Частота выявления гиперпластических полипов в зависимости от капиллярного рисунка. Где: ГП — гиперпластический полип

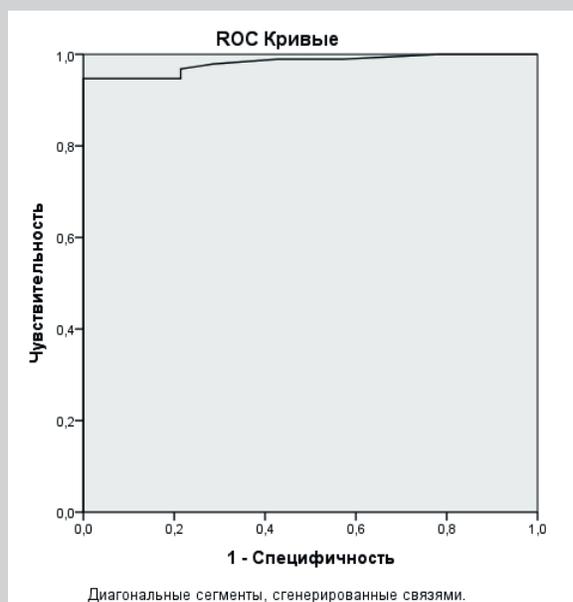


Рис. 3. ROC-кривая анализа точности прогнозирования наличия гиперпластического полипа. Площадь под ROC-кривой 98,2%.

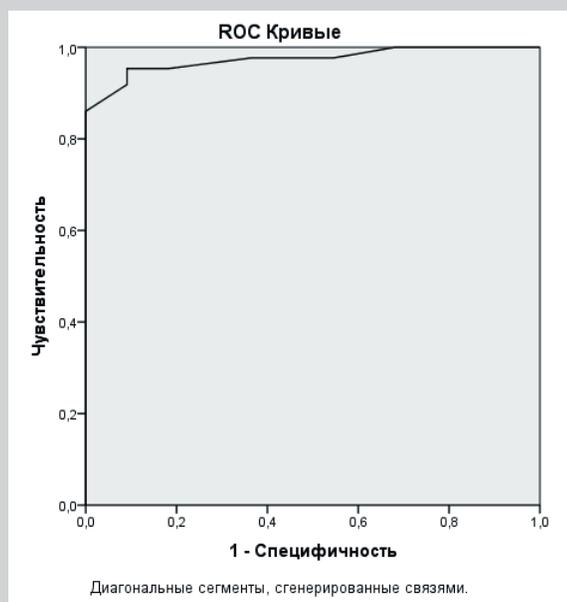


Рис. 4. ROC – кривая анализа точности прогноза наличия аденоматозного полипа толстой кишки по данным колоноскопии. Площадь под ROC - кривой 97%.

дисплазии не было в 53 наблюдениях (49,1%). Все образования были осмотрены в стандартном белом свете и с использованием режима NBI. Дано предварительное заключение о структуре полипа. Взята биопсия. Клиническую ценность определяли при помощи ретроспективного анализа, а также на основе анализа ROC-кривых и площади под ними. Прогнозировали возможную структуру при помощи регрессионного анализа. Различия считали статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты

Для определения связи гистологического и предварительного заключений было проанализировано предварительное заключение, сделанное на основании визуального рисунка ямок и капиллярного рисунка. При анализе связей, получено следующее: чувствительность и специфичность для гиперпластического полипа составила 100% и 90% соответственно, для тубулярной аденомы — 95% и 76% соответственно ($p < 0,001$). Вероятность гиперпластического полипа при отрицательном предварительном заключении составляет 0%, аденоматозного полипа — 8% ($p < 0,001$). При анализе рисунка ямок и капиллярного рисунка, выявленного полипа были обнаружены статистически значимые связи. При осмотре в режиме NBI для гиперпластических полипов характерны ямки правильной (округлой) и звездчатой формы или сочетание их, а так же отсутствие капиллярного рисунка или капиллярный рисунок в виде единичных, тонких, точечных или удлинённых коричневого цвета капилляр. Что представлено на рисунках 1, 2. При прогнозировании гиперпластического полипа на основании визуальных данных (рисунок кишечных

ямок и капиллярный рисунок) и лабораторных показателей площадь под ROC — кривой составила 98% (рисунок 3). Было выделено три интервала значений: низкий, средний и высокий — до 1,4–91%, 1,4–1,48–51%, более 1,48–0%.

Поверхностный рисунок «аденоматозных полипов» характеризуется вытянутой, равномерно извитой, расширенной формой ямочного рисунка и хорошо заметными, коричневого цвета, тонкими и/или расширенными, удлинёнными, равномерно извитыми капиллярами. Площадь под ROC — кривой в случае прогноза наличия «аденоматозного полипа», на основании визуальных признаков — составила 97% (рисунок 4). Для перевода полученной величины прогноза в вероятность наличия «аденоматозного» полипа было выделено три интервала значений: низкий, средний и высокий. До 0,4–13%; 0,4–0,6–56%; от 0,6 и более — 100%.

Регрессионный анализ прогноза наличия аденоматозного полипа толстой кишки: Константа — «-0,43383», Прогноз аденомы предварительное заключение — «0,647766»

Прогноз аденомы форма ямок — «0,440832», Прогноз аденомы рисунок капилляр — «0,456238». В соответствии с полученной данными величина прогноза наличия «аденоматозного» полипа толстой кишки определяется по формуле:

Индекс тяжести = $-0,43383 + 0,647766$ «прогноз все аденомы предварительное заключение» + $0,440832$ «прогноз все аденомы форма ямок» + $0,456238$ «прогноз все аденомы рисунок капилляр». Где: «Прогноз все аденомы предварительное заключение» = 1, если по предварительному заключению предполагается

аденома; «Прогноз все аденомы предварительное заключение»=2, если по предварительному заключению не предполагается аденома; «Прогноз все аденомы форма ямок»=1, если форма ямок вытянутая (маленькие близко расположенные, расширенные вытянутые, расширенные равномерно извитые); «Прогноз все аденомы форма ямок»=2, если форма ямок не вытянутая, не равномерная; «Прогноз все аденомы рисунок капилляр»=1, если капилляры хорошо видны, коричневого цвета, тонкие и/или расширенные, удлинённые, равномерно извитые; «Прогноз все аденомы рисунок капилляр»=2, если рисунок капилляр другой.

Например: если имеется эпителиальное новообразование с вытянутым ямочным рисунком и хорошо заметными коричневыми, тонкими или расширенными, удли-

ненными, равномерно извитыми капиллярами и по предварительному заключению аденома, то для него имеем: $\text{Прогноз} = -0,43383 + 0,647766 \cdot 1 + 0,440832 \cdot 1 + 0,456238 \cdot 1 = 1,111$, т.е. вероятность «аденоматозного» полипа в данном случае высокая и составляет 100%.

Вывод

Разработанная многофакторная регрессионная модель с высокой достоверностью подтверждает возможность определения структуры эпителиальных неоплазий толстой кишки, на основании данных ямочного и капиллярного рисунка, что дает возможность удаления эпителиальных новообразований без предварительного гистологического исследования, при условии, что пациент обследован и находится в стационаре.

Клиническое наблюдение эндоскопического лечения острой обтурационной кишечной непроходимости обусловленной фитобезоаром сигмовидной кишки

Стручкова Е.Ю., к.м.н., зав. эндоскопическим отделением ГБУЗ ГKB № 52 ДЗМ

Фомин В.С., к.м.н., доц. кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Стручков В.Ю., студент 6-го курса ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России

Могильницкий И.Е., врач-эндоскопист, ГБУЗ ГKB № 52 ДЗМ

г. Москва

Целью данной демонстрации явился крайне редкий случай острой кишечной непроходимости вызванный вклиниением фитобезоара в просвет сигмовидной кишки, который удалось фрагментировать и извлечь эндоскопическим методом.

Клиническое наблюдение

Больная З. 43лет поступила 10.11.2015.г по каналу СМП в ГKB № 52. Госпитализирована в 4т.о. с жалобами на общую слабость, тянущие боли в животе, отсутствие стула в течении 3 дней, одышку при физ.нагрузке, повышение температуры тела до 38град. Лабораторно: Нв-102г/л, тромбоциты-120 тыс, лейкоциты 19х10⁹, повышение АЛТ и АСТ до 111 и 239, общий билирубин-106.

Диагноз при поступлении: хронический гепатит токсического генеза, печеночная недостаточность, тромбоцитопения, гипохромная анемия легкой степени, холестатический синдром, энцефалопатия средней тяжести, псориаз.

12.11.2015 г.— боль в животе и вздутие стали усиливаться, отсутствие стула в течении 5 дней. Выполнена консультация хирурга, УЗИ органов брюшной полости. При УЗ-исследовании выявлено расширение петель кишечника, отсутствие перистальтики, заподозрена кишечная непроходимость. Больная переведена в хирургическое отделение.

13.11.2015 г. по дежурству выполнена экстренная колоноскопия при которой выявлена обтурация просвета сигмовидной кишки каловым камнем. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости имеются признаки кишечной непроходимости. В течении суток больной проводят консервативную терапию: очистительные клизмы, стимуляцию кишечника, однако эффект не достигнут. 15.11.2015 г.проводится вторая попытка колоноскопии с целью диагностики высоты

обтурации просвета толстой кишки перед операцией. При повторной колоноскопии: на расстоянии 25см от ануса определяется фитобезоар больших размеров, который вклинен в ректосигмоидный отдел. После отмывания под напором струей воды краев фитобезоара удалось сдвинуть его с места проксимальнее ректосигмоидного отдела и провести колоноскоп до слепой кишки. Просвет толстой кишки был значительно расширен в виде баллона, перистальтика отсутствует. Удалось эвакуировать около 6л кишечного содержимого. Объемных образований в кишке не выявлено. В дистальной трети сигмовидной кишки визуализируется плотный фитобезоар размерами 13см в длину и 6см в ширину. Фитобезоар с помощью петли, форцептов и других инструментов был фрагментирован на более мелкие части и низведен в ампулу прямой кишки. Выявлено изменение структуры слизистой оболочки в области нахождения фитобезоара в виде нарушения питания стенки: синюшность окраски, шероховатость слизистой, что свидетельствует об опасности образования пролежня. Кишечная непроходимость вызванная вклиниением фитобезоара больших размеров в ректосигмоидный отдел была разрешена консервативным путем при колоноскопии, у больной отошли газы, появилась вялая перистальтика и 16.11.2015г она была переведена в 4то для долечивания. Структура фитобезоара волокнистая.

Заключение:

Кишечная непроходимость вызванная обструкцией безоаром толстой кишки встречается крайне редко. (Law J.L. et al., 2015), обычно безоары образуются в желудке и реже в тонкой кишке. Случай такого крупного безоара который послужил причиной острой кишечной непроходимости уникальный.

Колоренальный свищ: проблемы диагностики и лечения крайне редкой патологии

Стручкова Е.Ю., к.м.н., зав. эндоскопическим отделением ГБУЗ ГКБ № 52 ДЗМ

Фомин В.С., к.м.н., доц. кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России

Стручков В.Ю., студент 6-го курса ГБОУ ВПО МГМСУ имени А. И. Евдокимова Минздрава России

Могильницкий И.Е., врач-эндоскопист, ГБУЗ ГКБ № 52 ДЗМ

г. Москва

Актуальность

Нефроколитические свищи являются патологическим соустьем между мочевыделительной системой (почки или мочеточники) и толстой кишкой. В настоящее время по данным литературы имеется чуть больше чем 40 описанных наблюдений подобного страдания [Yang H.Y.et.all. // J. Korean. Soc. Coloproctol. 2011.]. Наиболее частыми причинами формирования свищей являются нефролитиаз и воспалительные процессы почек, болезнь Крона, осложненная дивертикулярная болезнь ободочной кишки, злокачественные опухоли (как кишечной, так и почечной локализации), хирургические осложнения (последствия термоабляции очаговых образований почек), и, реже, туберкулез почек [Alster C., et.all. // Br. J. Radiol. 2007; Henao D.E., et.all // Urol Res. 2012].

К сожалению оптимальной тактики, диагностического алгоритма при данной патологии в настоящее время не разработано.

Нами предлагается демонстрация возрастной пациентки с колоренальным свищом, образовавшимся в результате пионефроза слева.

Клиническое наблюдение

Больная С., 77 лет, была доставлена 25.09.2015 бригадой СМП приемное отделение ГКБ № 52 с жалобами на слабость, боли в левых отделах живота.

Анамнестически известно, что подобная клиническая картина отмечалась пациенткой за 3 недели до поступления в стационар в виде нарастание слабости, вялости, заторможенности. Больная отмечала снижение аппетита, а также появление неустойчивого частого «жидкого» стула.

По данным анамнеза у больной имелся гемипарез слева после пере-

несенного более четверти века назад нарушения мозгового кровообращения, ввиду чего больная активна строго в пределах постели, имея дислолические дефекты, а также самостоятельно себя не обслуживая.

На момент поступления состояние пациентки оценивалось как тяжелое. При обследовании в приемном отделении было диагностировано объемное образование в левой половине брюшной полости при физикальном осмотре, а также ЦВБ в стадии декомпенсации. Отмечалась гипотония, интоксикация и отек головного мозга, в связи с чем больная госпитализирована в отделение общей реанимации.

Состояние с прогрессивной отрицательной динамикой: уровень сознания оглушение, гипертермия до 38,8С, тахикардия до 110 в мин., гипотензия до 90/50 мм.рт.ст. При пальпации живот болезненный в левых отделах, где пальпаторно определяется объемное образование до 15x10см, плотно-эластической консистенции, не смещаемое, предположительно увеличенная левая почка. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный во всех отделах. Перистальтика выслушивается. Отмечает частый жидкий стул. Симптом поколачивания положительный слева. Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно не определяется. При постановке уретрального катетера получена моча с примесью кала и газа.

Лабораторно в общем анализе крови определяется лейкоцитоз до 26,4x10⁹/л, гемоглобин 98г/л, гематокрит 29,3%; биохимически: гипопротейнемия до 53,7 г/л, мочевины 33,9 ммоль/л, креатинин 110,67 мкмоль/л.

Высказано предположение об опухоли брюшной полости с прорастанием в мочевой пузырь (?) или почку (?) с рас-



Стручкова Е.Ю.



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3

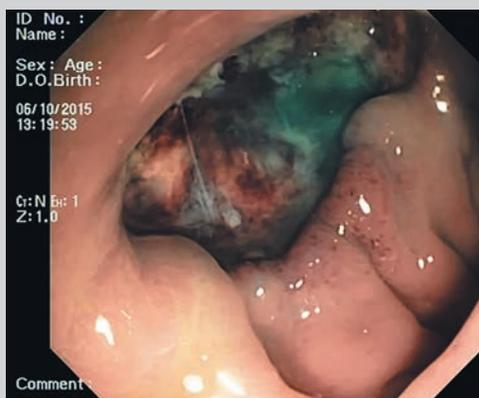


Рис. 4

падом на фоне явлений сердечно-легочной недостаточности, SIRS.

По данным МСКТ брюшной полости и забрюшинного пространства выявлено отграниченное многокамерное жидкостное образование в левых отделах с наличием газа и возможным сообщением с левой половиной ободочной кишки (высказано предположение о гидронефротически деформированной левой почке).

После получения результатов МСКТ больная осмотрена урологом: МКБ. Камни в/3 левого мочеточника. Терминальный гидронефроз слева. Пионефроз слева. Аномалия развития органов мочевыделительной системы. Добавочная почечная артерия справа. Опухоль толстого кишечника с прорастанием лоханки левой почки? Толстокишечно-лоханочный свищ слева?

Принимая во внимание все вышеизложенное на первом этапе принято решение о транскутанном дренировании левой почки путем пункционной нефростомии под УЗ-наведением. При установке нефростомического дренажа в полостную систему левой почки выделилось до 2000 мл мутной, зловонной мочи с примесью кала и газа.

Начата интенсивная антибактериальная терапия (линдацин+метрагил), анальгетическая, активная противовоспалительная, дезинтоксикационная инфузионная терапия, коррекция водно-электролитных нарушений. В течении последующих 4 дней состояние больной оставалось тяжелым, достигнута стабилизация состояния, с тенденцией к компенсации. На фоне проводимого лечения достигнута нормотермия, компенсированная сердечно-легочная недостаточность, отмечена регрессия явлений SIRS. Отделяемое по нефростоме на 4-е сутки составило до 200 мл мутной мочи с примесью кала.

При повторном КТ органов брюшной полости отмечен терминальный гидронефроз левой почки с наличием толстокишечного свищевого хода, состояние после дренирования ЧЛС слева, признаки паранефрита слева.

После подготовки больной 29.09.15 выполнена видеокOLONоскопия с целью верификации диагноза между опухолевым поражением ободочной кишки с прорастанием в левую почку и гнойным расплавлением паранефрия в связи с пионефрозом, при этом в нисходящем отделе ободочной кишки выявлен дефект стенки диаметром до 5см (Рис. 1), ведущий в полостную систему левой почки. Полость с бугристым дном, содержит гнойное отделяемое (Рис. 2). Края дефекта четкие, ровные, плотные. Полифокусная биопсия. При антеградном введении контрастного вещества в полостную систему почки отмечается его поступление в толстый кишечник (Рис. 3). Произведена санация полости через колоноскоп, после которой образование в брюшной полости стало мягче и значительно уменьшилось в размерах (Рис. 4).

По данным гистологического заключения в препаратах лейкоцитарно-некротический детрит, слущенные обрывки эпителия кишки, мышечной, фиброзной и жировой ткани с диффузной воспалительной инфильтрацией. Данных за опухолевый рост не получено.

С целью отключения приводящей к свищу петли и уменьшения «нагрузки» на область свища 30.09.15

выполнена минилапаротомия, обструктивная трансверзостомия. Послеоперационный период протекал гладко.

На фоне проведенного лечения гемодинамические показатели стабилизировались, дыхательная недостаточность регрессировала, исчезли явления интоксикации, метаболические нарушения компенсированы.

Лабораторно на 05.10.15 в анализах крови: Лейкоциты $6,9 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин 85г/л. Прекращена антибиотикотерапия. Выписана на 18-е сутки (с момента первичной госпитализации) в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга и уролога с рекомендациями повторной госпитализации для оперативного лечения с целью разобщения свищевого хода через 6 месяцев.

В настоящее время, по прошествии 4 месяцев состояние больной удовлетворительное, вышеописанных жалоб больная не предъявляет. Достигнут приемлемый для пациентки уровень качества жизни ввиду чего в на-

стоящее время от второго этапа радикального лечения больная воздерживается.

Заключение

Колоренальный свищ является крайне редкой патологией, требующей тщательной диагностической базы, а также командного, мультидисциплинарного подхода. Именно своевременная диагностика данного состояния позволяет предотвратить нарастание сепсиса, компенсировать состояние больного и выбрать оптимальный метод коррекции состояния. Чаще всего данным методом является хирургическое вмешательство при стабильном состоянии пациента. В данном случае мы не сумели выполнить одномоментное вмешательство из-за нестабильности больной вызванной поздним обращением в стационар, однако именно этапный характер лечения позволил добиться успеха в столь непростой ситуации.

Профилактика осложнений при удалении крупных полипов в толстой кишке

Стручкова Е.Ю., к.м.н., зав. эндоскопическим отделением ГБУЗ ГKB № 52 ДЗМ

Бархатова И.В., врач-эндоскопист, ГБУЗ ГKB № 52 ДЗМ

Воронцов А.В., врач-эндоскопист, ГБУЗ ГKB № 52 ДЗМ

Стручков В.Ю., студент 6-го курса ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России

Могильницкий И.Е., врач-эндоскопист, ГБУЗ ГKB № 52 ДЗМ

г. Москва

Резюме

Нами проанализирован опыт эндоскопического удаления крупных полипов толстой кишки и технические особенности операций, позволившие избежать осложнений за 12 лет. Применяемая методика эндоскопической полипэктомии за счет поэтапного алгоритма действий и прецизионной обработке слизистого и подслизистого слоя в сочетании с применением новых технологий позволяет минимизировать риски интраоперационных осложнений, таких как кровотечение и перфорации, а также обеспечивает соблюдение принципов радикальности в лечении крупных полипов толстой кишки.

Целью работы является проанализировать опыт эндоскопического удаления крупных полипов толстой кишки и технические особенности операций, позволившие избежать осложнений.

Материалы и методы

За период с 2000 по 2012 г. 813 больным удалено 986 полипов из толстой кишки. Полипэктомия методом петлевой электроэксцизии единым блоком произведена 543 больным, у 270 больных произведена комбинированная полипэктомия, во время которой основную массу полипа отсекали диатермической петлей, а основание полипа, либо оставшиеся ткани подвергали радиоволновой или аргоно-плазменной коагуляции коагуляции.

Результаты

Кровотечение при диатермической полипэктомии возникло у 1,5% больных, при этом гемостаз был обеспечен с помощью дополнительной аргоно-плазменной коагуляции, инъекцией сосудосуживающих препаратов

или препарата ГЭК (гидроксиэтилкрахмала). В процессе выполнения комбинированной полипэктомии кровотечений не наблюдали. Для удаления крупных полипов в толстой кишке на широком основании отдавали предпочтение монофильной петле. Для профилактики кровотечения эффективной оказалась инъекция раствора натрия хлорида или ГЭК в основание полипа. Раствор уменьшает сопротивление ткани и тем самым удлиняет начальную фазу резания при подаче высокочастотного электрического тока. Такая инъекция не только уменьшает риск перфорации стенки, но и препятствует обширному термическому повреждению тканей. В инъецируемый раствор добавляли несколько капель метиленового синего или индигокармина, что позволяло лучше идентифицировать структуры расположенные под слизистой оболочкой, отделенные от нее мышечной пластинкой, выявить резидуальную ткань полипа. Крупные полипы удаляли фрагментарно, следя за тем, чтобы не оставить резидуальную ткань. Остатки полипа, выявляемые при осмотре раневой поверхности удаляли, применяя радиоволновую или аргоноплазменную коагуляцию (мышечную пластинку коагулировать не следует). На методику удаления получен патент.

Вывод

Применяемая методика эндоскопической полипэктомии за счет поэтапного алгоритма действий и прецизионной обработке слизистого и подслизистого слоя в сочетании с применением новых технологий позволяет минимизировать риски интраоперационных осложнений, таких как кровотечение и перфорации, а также обеспечивает соблюдение принципов радикальности в лечении крупных полипов толстой кишки.

ФЛИТ ФОСФО-СОДА

Маленький объём- большие результаты

Значительное
**СНИЖЕНИЕ
ЦЕНЫ!!**

с 01.07.2015

Эффективное средство
для очистки кишечника *



ФЛИТ

Фосфо-сода
раствор для приема внутрь

Показания

- подготовка к эндоскопическому или рентгенологическому исследованию толстой кишки
- подготовка к оперативному вмешательству на толстой кишке

№ регистрации в России: ЛС-002170

Производитель
Laboratorios Casen Fleet S.L.,
Autovía de Logroño, km 13.300,
50180, Утебо, Сарагоса, Испания

2 флакона по 45 мл

**CASEN
Fleet**
Laboratories

РУ-002170

- 1 ПЕРВЫЙ** в России гиперосмолярный раствор для подготовки кишечника к колоноскопии ³
- 2 В ДВА РАЗА ЛЕГЧЕ** подготовка!
 - всего два литра на подготовку (при применении макрогола необходимо 4 литра) ²
 - отличная переносимость и комплаентность ⁴ благодаря небольшому объёму жидкости на приём
- 3 В ТРИ РАЗА ЛУЧШЕ**
 - отличная визуализация ⁵ и снижение количества повторных процедур по сравнению с традиционными методами в 3 раза ^{6,7}
- 4 В ЧЕТЫРЕ РАЗА ПРОЩЕ**
 - необходимо принять всего 2 стакана имбирно-лимонного солевого раствора по сравнению с 4 литрами солевого раствора макрогола ²

*Barkun, A. et al. Commonly used preparations for colonoscopy: Efficacy, Tolerability and Safety. A Canadian Association of Gastroenterology position paper. Can J Gastroenterol vol 20 №11 November 2006.

1. Schiller LR. Clinical pharmacology and use of laxatives and lavage solutions. J Clin Gastroenterol 1999;28:11-8..

2. Инструкция по медицинскому применению препарата

3. IMS HEALTH, 2015

4. Curran MP et al. Oral Sodium Phosphate Solution: A Review. Drugs 2004; 64 (15): 1697-1714

5. Barkun, A. et al. Commonly used preparations for colonoscopy: Efficacy, Tolerability and Safety. A Canadian Association of Gastroenterology position paper. Can J Gastroenterol vol 20 №11 November 2006.

6. Kolts BE et al. A Comparison of the Effectiveness and Patient Tolerance of Oral Sodium Phosphate, Castor Oil, and Standard Electrolyte Lavage for Colonoscopy or Sigmoidoscopy Preparation. Am J Gastroenterol 1993; 88 (8): 1218-1223

7. Aston Consulting

ООО «Русфик», Москва, Краснопресненская набережная, 12, ЦМТ
Тел./факс: +7 495 258 20 06, E-mail: info@rusfic.com, www.rusfic.com

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.



COVIDIEN

positive results for life®

Эндоскопия
толстой кишки
с использованием
капсулы
PillCam® Colon



PillCam® COLON:
комфортная и безопасная
колоноскопия

Высокая точность
Малоинвазивная
методика
Не требует седации
и лучевой нагрузки

COVIDIEN, COVIDIEN с логотипом, логотип Covidien и positive results for life являются зарегистрированными торговыми марками Корпорации «Ковидиен». Прочие бренды являются торговыми марками Корпорации «Ковидиен»
© 2015 Covidien.

ИМПОРТЕР в России ООО «Ковидиен Евразия»
Россия, 123317 Москва, ПРЕСНЕНСКАЯ НАБ., д. 10, СТР. С
Тел.: +7 (495) 933 64 69 Факс: +7 (495) 933 64 68
INFO.RUSSIA@MEDTRONIC.RU
WWW.MEDTRONIC.RU

РОССИЙСКОЕ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО



актуальные вопросы
Эндоскопии
Санкт-Петербург

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

РАЗНОЕ

VII ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«Актуальные вопросы эндоскопии 2016»

НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ ЭНДОСКОПИИ



УСТРОЙСТВО SCOPE BUDDY ДЛЯ АВТОМАТИЧЕСКОЙ ПРОМЫВКИ КАНАЛОВ ЭНДСКОПА

1

**СНИЖАЕТ РИСК
ПОВРЕЖДЕНИЯ
ЭНДСКОПОВ**

- Заменяет повторяющееся и трудозатратное шприцевание каналов
- Работа в режиме «свободные руки» - эндоскоп лежит в ванне
- Обеспечивает прокачку жидкости с постоянной скоростью

2

**ПОЗВОЛЯЕТ ОДНОВРЕМЕННО
ОБРАБАТЫВАТЬ ДО 4-Х
КАНАЛОВ ГИБКОГО ЭНДСКОПА**

- Совместимость со всеми гибкими эндоскопами, в том числе ультразвуковыми и с элеваторными каналами
- Звуковая и визуальная индикация завершения процесса

3

**ИМЕЕТ КОМПАКТНЫЕ
РАЗМЕРЫ**

- Настольное или настенное размещение
- Габаритные размеры (В x Ш x Г) 15 x 20 x 24 см, вес 4,5 кг
- Электрическое питание 220 В, 50 Гц
- Скорость прокачки 1 л/мин
- Время прокачки 0-99 мин

**СВЕДИТЕ К МИНИМУМУ РУЧНОЙ ТРУД ПРИ
ПРОМЫВКЕ КАНАЛОВ ЭНДСКОПА!**

**СПЕЦИАЛЬНАЯ ЦЕНА
199 000 руб.***



* КОЛЛИЧЕСТВО ТОВАРА ПО ДАННОМУ ЦЕНОВОМУ ПРЕДЛОЖЕНИЮ ОГРАНИЧЕНО. НАЛИЧИЕ УТОЧНЯЙТЕ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ КОМПАНИИ

Непрерывное медицинское образование. 2016. Начало

Дуванский В. А., зав. кафедрой эндоскопии, эндоскопической и лазерной хирургии, рук. отд. эндоскопической хирургии

Российский университет дружбы народов (РУДН)
ФГБУ «Государственный научный центр лазерной медицины ФМБА России»

г. Москва

Прошедший 2015 год ознаменовался выходом ряда важных приказов Минздрава, Минобрнауки и Правительства России, касаемых в частности, нашей специальности «Эндоскопия». Среди них приказ Минздрава России № 700н от 07.10.2015 «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2015 № 39696), где в номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование, за номером 97 значится специальность «Эндоскопия». Наша специальность сохранила свои самостоятельные позиции. Приказ Минздрава России № 707н от 08.10.2015 «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2015 № 39438), определивший, что специальности «Эндоскопия» обучаются специалисты с высшим образованием — специалист по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия», путем подготовки в ординатуре по специальности «Эндоскопия» или профессиональной переподготовке по специальности «Эндоскопия» при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей: «Акушерство и гинекология», «Анестезиология-реаниматология», «Гастроэнтерология», «Детская онкология», «Детская хирургия», «Детская урология-андрология», «Колопроктология», «Нейрохирургия», «Онкология», «Оториноларингология», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Педиатрия», «Пульмонология», «Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Терапия», «Торакальная хирургия», «Травматология и ортопедия», «Урология», «Хирургия», «Челюстно-лицевая хирургия».

С 1 января 2016 года вступила в силу статья 69 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Часть 1 указанной статьи регламентирует, что право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста.

С учетом этапного перехода к системе аккредитации в 2016 году к медицинской деятельности по системе аккредитации специалистов будут допущены лица, за-

вершившие освоение основных образовательных программ высшего образования по специальностям «Стomatология» и «Фармация». Право на осуществление медицинской (фармацевтической) деятельности по указанным специальностям будет подтверждаться свидетельством об аккредитации специалиста. В дальнейшем ведомственным актом Минздрава России будет регламентирован порядок выдачи свидетельства об аккредитации специалиста, форма свидетельства об аккредитации специалиста и технические требования к нему, а также внесены изменения в Постановление Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности...» в части требований к соискателям лицензии.

Обращаем внимание, что сертификаты специалистов будут выдаваться лицам до 1 января 2021 года включительно с учетом этапности перехода к системе аккредитации специалистов, а соответственно право на осуществление медицинской (фармацевтической) деятельности по указанным сертификатам будет пролонгировано до 1 января 2026 года.

Таким образом, право на осуществление медицинской (фармацевтической) деятельности начиная с 1 января 2016 года может быть подтверждено соискателем лицензии либо сертификатом специалиста либо свидетельством об аккредитации специалиста, что должно быть учтено при проведении лицензионного контроля и оценке соответствия соискателей лицензии лицензионным требованиям.

Согласно Приказа Минобрнауки России № 499 от 1 июля 2013 года «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам» определены сроки освоения программы дополнительного профессионального образования от 16 часов и более, с использованием дистанционных образовательных технологий и электронных форм обучения. Образовательные медицинские организации постдипломного образования в настоящее время предлагают краткосрочные учебные семинары (мастер-классы, тренинги) от 1 часа до 16 часов, и программы дополнительного профессионального образования от 16 часов и более, по итогу освоения которых выдаются документы государственного образца. Данные документы учитываются при аккредитации (сертификации) специалистов.

Сроки, формы и пути внедрения непрерывного медицинского образования (НМО) определяет Приложение (от 09 июня 2015 г. № 328) к приказу Минздрава РФ № 837 от 11 ноября 2013 г. «Об утверждении Положения

о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования специалистов с высшим медицинским образованием в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, с участием медицинских профессиональных некоммерческих организаций», определивший основных участников этого процесса — организации, осуществляющие образовательную деятельность, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации и медицинские профессиональные некоммерческие организации. К подобным организациям Координационным советом Минздрава предъявляются определенные требования, и по нашей с вами специальности таковым требованиям соответствует Российское эндоскопическое общество. Членство в Обществе позволяет каждому из нас стать участником процессов становления непрерывного медицинского образования в системе здравоохранения нашей страны.

К документам, учитываемым при аккредитации (сертификации) специалистов, будут относиться и Свидетельства с образовательными единицами (кредитами) и индивидуальными кодами подтверждения, полученные на образовательных мероприятиях (конgressах, конфе-

ренциях, симпозиумах и т.п.), проводимых официальными медицинскими профессиональными некоммерческими организациями. Данные документы выдаются Координационным советом по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России Организаторам мероприятия, при соответствии мероприятия установленным требованиям. И еще одной формой НМО являются электронные образовательные модули — это учебные материалы, предназначенные для самостоятельного изучения и размещенные на образовательных интернет-сайтах, в настоящий момент для ряда специальностей они представлены на сайте Координационного совета Минздрава России. После успешного изучения модуля врач получает 1 кредит (1 образовательный кредит равен 1 академическому часу), который зачисляется в его персональное портфолио (для зарегистрированных пользователей).

Совместная работа Образовательных медицинских организаций постдипломного образования, нашей профессиональной организации Российского эндоскопического общества и всех нас врачей — эндоскопистов поможет сделать внедрение непрерывного медицинского образования максимально продуктивным и безболезненным.

Технологии оптического биоимиджинга в эндоскопии

Дуванский В. А., зав. каф. эндоскопии, эндоскопической и лазерной хирургии Российского университета дружбы народов (РУДН), рук. отд. эндоскопической хирургии ФГБУ «Государственный научный центр лазерной медицины ФМБА России»

Князев М. В., зав. отделением эндоскопии филиал № 2 ФБУЗ ЛРЦ Минэкономразвития России, доц. каф. эндоскопии, эндоскопической и лазерной хирургии Российского университета дружбы народов (РУДН)

Осин В. Л., н.с., отделение эндоскопической хирургии ФГБУ «Государственный научный центр лазерной медицины ФМБА России»

Краев Г. П., врач-эндоскопист, отделение эндоскопической хирургии ФГБУ «Государственный научный центр лазерной медицины ФМБА России»

г. Москва

Оптический биоимиджинг занимает особое место среди других методов построения изображений биотканей. Для зондирования используется излучение длинноволновой части видимого диапазона спектра или ближнего инфракрасного диапазона, которое может сравнительно глубоко проникать в биоткань и одновременно является неинвазивным вследствие малой величины энергии оптического кванта и незначительной мощности (несколько милливатт) источника излучения. В данном диапазоне длин волн внутренняя структура биологических объектов на микроуровне характеризуется разнообразием оптических коэффициентов рассеяния и поглощения, что является принципиальным фактором формирования контраста различных элементов изображения.

Оптическая когерентная томография (ОКТ) — метод разрешения на уровне тканевых слоев. Нами применялась оптическая когерентная томография в эндоскопической диагностике неоплазий пищевода, желудка и толстой кишки. Эндоскопическая оптическая когерентная томография проведена 75 пациентам при обследовании пищевода и желудка, и 87 толстой кишки. При проведении эндоскопической ОКТ применяли видеоэндоскоп фирмы «Olympus» Exera GIF 2T160 и оптический когерентный томограф ОКТ 1300-У, разработанный в ИПФ РАН (г. Нижний Новгород). Технические характеристики прибора: длина волны излучения — 1300 нм; мощность источника — 2–4 мВт; мощность на объекте — 0,75 мВт; пространственное разрешение — 10–20 мкм; глубина сканирования 1–2 мм; поперечный диапазон сканирования 1,8 мм; частота сканирования 70–150 Гц. Для исследования использовали зонд, оснащенный видимым красным пилотом (630 нм, 0,1 мВт). Оценку информативности ОКТ проводили сравнением интерпретации полученных изображений с результатами гистологических исследований. ОКТ — метод исследования, основанный на измерении отраженного сигнала низкоинтенсивного когерентного света в инфракрасном диапазоне, используемого в качестве зондирующего излучения для просвечивания биологических тканей.

Оптические образы (томограммы) оценивались по нескольким параметрам: 1. Яркость томографиче-

ской палитры на изображении определяется уровнем обратного рассеяния сигнала. Связь прямая — чем выше уровень томографического сигнала, тем выше яркость данной точки на изображении. Яркость может быть высокой, умеренной и низкой. 2. Контраст — изменение (перепад) яркости на границе раздела тканей (сред). Чем больше перепад яркости на границе данных областей, тем больше контраст. 3. Характеристики границы — резкая (нерезкая), ровная (неровная, извитая), непрерывная (прерывистая). 4. Неоднородность (оптическая неоднородность) — область (любой формы) с яркостью сигнала, отличающегося от фонового. 5. Структурность — наличие областей (любой формы) с контрастными границами; 6. Слоистость — конкретный вариант структурности, предполагающий наличие на томограмме нескольких (чаще двух) контрастных горизонтально ориентированных зон, которые по результатам клинко-морфологического сопоставления интерпретированы как различные тканевые слои. 7. Скорость угасания сигнала — скорость уменьшения яркости с глубиной в данной области. Угасание томографического сигнала может быть быстрым или медленным.

Визуальные образы, полученные при ОКТ для нормальной слизистой характеризуется структурным и неоднородным изображением, скорость угасания томографического сигнала медленная; участки дисплазии слизистой бесструктурны, с сохраненной оптической неоднородностью, скорость угасания томографического сигнала умеренная. ОКТ изображения при раке бесструктурны, однородны, скорость угасания томографического сигнала от умеренной до высокой. Характерными признаками атрофии слизистой оболочки желудка были истончение слизистого слоя, гомогенность строения и визуализация не менее 2 ее слоев.

Результаты исследования свидетельствуют, что нормальная и патологически измененная слизистая оболочка желудка и толстой кишки на томограммах визуализируется по-разному. Оптическая когерентная томография информативна при эндоскопической диагностике неоплазий желудочно-кишечного тракта и может применяться в качестве «оптической биопсии» при эндоскопическом исследовании.

Эндоскопическая медицинская информационная система для контроля качества исследований и автоматизированного анализа эндоскопических изображений

Куваев Р. О., д.м.н., Кашин С. В.,
Ярославская областная клиническая онкологическая больница, эндоскопическое отделение

Никонов Е. Л., к.м.н., проф.,
Департамент здравоохранения города Москвы, управление делами и координации деятельности

Капанов В. А., д.х.н., профессор Русаков А. И., проф.,
Ярославский государственный университет им. П. Г. Демидова

г. Ярославль



Куваев Р. О.

В результате интенсивного развития эндоскопии количество эндоскопических исследований и оперативных вмешательств в мире ежегодно возрастает. В России за последние 20 лет число эндоскопических исследований в различных регионах страны увеличилось в 3–4 раза. С одной стороны, это требует большего количества эндоскопической аппаратуры и подготовленных специалистов, с другой — разработки новых и эффективных систем контроля качества.

Для оценки качества каждого эндоскопического исследования существует несколько основных вопросов при проведении экспертизы.

- Полностью ли проведен осмотр исследуемого органа (пищевода, желудка, начальной части двенадцатиперстной кишки, толстой кишки)?
- Если осмотр проведен не полностью, то какие причины имели место (анатомические особенности, органические заболевания, плохая переносимость исследования пациентом, наличие содержимого в исследуемом органе)?
- Если во время осмотра не обнаружены патологические изменения, правильно ли интерпретированы найденные признаки?
- Если во время осмотра выявлены патологические изменения, правильно ли они описаны?

При проведении контроля качества экспертами системы здравоохранения и медицинских страховых компаний необходимо получить ответы на поставленные вопросы, основываясь на максимально достоверных данных. Такие требования к предоставлению материалов исследования в рамках мониторинга качества медицинской помощи стимулируют раз-

витие новых программных продуктов для стандартизации протоколов эндоскопических манипуляций. Внедрение компьютерных технологий, позволяющих автоматизировать работу врача-эндоскописта, транслировать, сохранять и архивировать видео- и фотоматериалы исследований, соответствует направлениям модернизации здравоохранения на пути создания единой электронной базы медицинских документов, что отражено в «Концепции развития здравоохранения до 2020 года».

В соответствии с современными рекомендациями Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии, опубликованными в 2016 году, эндоскопическая система документирования должна быть электронной, способной интегрироваться в электронную историю болезни пациента, а также автоматически получать индикаторы качества. Программистами Ярославского государственного университета им. П. Г. Демидова совместно с врачами эндоскопического отделения Ярославской областной клинической онкологической больницы была разработана и внедрена в практику эндоскопическая медицинская информационная система (ЭМИС), которая позволяет:

- получать, передавать, хранить и редактировать получаемые в ходе исследования изображения и видеоматериалы в формате высокого разрешения;
- объективно документировать исследование с учетом современных стандартов;
- проводить удаленные консультации в дуплексном режиме, тем самым реализуя возможности телемедицины;
- проводить трансляции исследований и операций в формате высокого разрешения на образовательных курсах «живой» эндоскопии.

Структурно ЭМИС подразделяется на три аппаратно-программных блока. Первый необходим для фиксации, хранения, частичной обработки и передачи всей получаемой в ходе эндоскопического исследования информации, второй используется для единообразного формирования протоколов исследования с фото- и видеоматериалами, а третий позволяет записывать пациентов на исследование посредством электронного журнала.

Возможность фиксации и сохранения изображений открывает перспективы их обработки и компьютерного анализа с целью повышения эффективности диагностики. Компьютерные системы, позволяющие прогнозировать патологические состояния и, тем самым, повышать точность диагностики, получили название автоматизированных систем поддержки принятия решений (computer-aided decision support systems — CADSSs)¹. Эти системы используются в современной эндоскопии с целью улучшения качества диагностики, сокращения времени и расходов на исследования, а также обучения молодых специалистов и совершенствования навыков экспертов. Данные системы позволяют сфокусировать внимание врача на областях интереса, которые, как правило, представляют собой патологические изменения (неопластические и метапластические) слизистой оболочки. Последующее выполнение прицельной биопсии из этих участков приводит с одной стороны к повышению эффективности диагностики, с другой стороны — к уменьшению количества ненужных биопсий. Это обеспечивает снижение времени на эндоскопическое исследование и морфологическую оценку патологических участков и, как следствие, снижение финансовых затрат. Важным преимуществом автоматизированных систем является постоянный уровень «концентрации внимания», что исключает человеческий фактор усталости при проведении длительных эндоскопических исследований с применением дополнительных методов. Также проблемы с недостаточным освещением, плохим качеством и низким контрастом изображения также могут быть успешно решены. Более того, причиной плохой выявляемости патологических образований может служить недостаточная квалификация врача и разночтения в интерпретации полученных при эндоскопическом исследовании данных. Автоматизированные системы функционируют с использованием стандартов диагностики, что решает проблему низкого уровня согласованности в диагностике некоторых патологических состояний. Поэтому подобные системы могут не только служить обучающим ре-

сурсом для молодых врачей, но и совершенствовать навыки опытных специалистов.

В настоящее время специалистами Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова совместно с врачами эндоскопического отделения Ярославской областной клинической онкологической больницы создан и успешно тестируется аппаратно-программный комплекс поддержки принятия клинического решения при проведении увеличительной и узкоспектральной эндоскопии у пациентов с патологией желудка (государственная регистрация программы для ЭВМ, «Программный комплекс сегментации и аннотирования эндоскопических изображений», свидетельство № 2014610971). Разработанный программный комплекс автоматизированной обработки эндоскопических изображений позволяет эффективно распознавать три типа рисунка слизистой оболочки, соответствующих основным группам гистологических изменений желудка (доброкачественные неметапластические, метапластические, неопластические образования). При тестировании большинство изображений имели высокий процент (90–100%) правильно распознанных областей. Средний показатель правильно распознанных областей составил 89±4,4%.² Интеграция программ анализа эндоскопических изображений в информационную систему эндоскопического отделения открывает возможность поддержки принятия клинических решений непосредственно во время исследования и тем самым повысить эффективность диагностики патологических изменений пищеварительной системы.

Таким образом, информатизация в работы современного эндоскопического отделения является одним из важных направлений модернизации здравоохранения. Эндоскопическая медицинская информационная система (ЭМИС) является удобным, эффективным и недорогим инструментом контроля качества эндоскопических исследований, позволяющим организовать работу отделения в соответствии с современными требованиями. Развитие информационных систем в эндоскопии и внедрение инновационных технологий анализа и обработки изображений создают возможность полной стандартизации эндоскопических манипуляций, обеспечивают контроль качества исследований на высоком уровне, а также открывают новые перспективы диагностики патологических состояний пищеварительной системы.

Литература

1. Куваев Р. О., Никонов Е. Л., Кашин С. В., Капранов В. А., Гвоздев А. А. Контроль качества эндоскопических исследований, перспективы автоматизированного анализа эндоскопических изображений // Кремлевская медицина. Клинический вестник, 2–2013, с.51–56
2. Rey J F, Lambert R. ESGE recommendations for quality control in gastrointestinal endoscopy: guidelines for image documentation in upper and lower GI endoscopy // Endoscopy. 2001;33:901–903.
3. M. Bretthauer Requirements and standards facilitating quality improvement for reporting systems in gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement // Endoscopy, 2016 Feb 3. [Epub ahead of print]
4. Doi, K. Computer-Aided Diagnosis in Medical Imaging: Historical Review, Current Status and Future Potential // Computerized Medical Imaging and Graphics.— 2007.— 31(4–5):192–211.
5. Kuvaev R., Kashin S., Nikonov E., Krainova E., Edelsbrunner H., Dunaeva O., Malkova D., Lukyanov A., Kapranov V., Rusakov A. Computer-Aided Diagnostic System For The Real-Time Pathology Prediction And Clinical Decision Support During Narrow Band Imaging Magnification Endoscopy In Stomach // United European Gastroenterology Journal; 2015: 2 (Supplement 1)

Внедрение методики слияния данных КТ и МРТ исследований с ангиографией в реальном времени, для диагностики и лечения онкологических больных

Мункуев А. В., зав. отделением рентген хирургических методов лечения, врач-рентгенолог, хирург отделения
Жуков П. В., врач-рентгенолог, хирург отделения рентген хирургических методов лечения
Новопашин А. М., врач-рентгенолог, детский хирург отделения рентген хирургических методов лечения
Тюменцева Е. С., врач-рентгенолог, онколог, детский хирург отделения рентген хирургических методов лечения
Иркутский областной онкологический диспансер

г. Иркутск



Мункуев А. В.



Жуков П. В.

Ангиографическая служба, в настоящее время, является перспективной, быстроразвивающейся медицинской отраслью и имеет большой потенциал к развитию и усовершенствованию технологии проведения диагностических и лечебных процедур. Развитие современных методов лечения идет по пути минимизации агрессивного воздействия многих факторов при проведении рентген хирургических вмешательств, заключающихся в снижении лучевой нагрузки, снижении количества используемого контрастного препарата при условии сохранения качества и информативности проводимой манипуляции.

Этим принципам соответствует технология слияния КТ или МРТ изображений с ангиографическими в режиме реального времени.

Технология, называемая в англоязычной литературе, FUSION (слияние, совмещение) известна в течении нескольких последних лет и применяется за рубежом, так и в России.

В настоящее время технология FUSION нашла применение в УЗИ диагностике, заключается она в объединении УЗИ, МРТ, КТ изображений для проведения совмещения в реальном времени различных методов лучевой диагностики. Данная технология позволяет дополнить результаты КТ/ МРТ исследований с данными доплеровского обследования, ультразвуковой соноэластографии, что увеличивает точность диагноза.

Технологий же слияния КТ, МРТ исследований с ангиографическим изображением в отечественной и зарубежной литературе мы не нашли, так же не затронуты вопросы снижения использования

контрастного препарата при проведении процедуры.

С учетом вышеуказанного было принято решение, о внедрении методики слияния уже полученных диагностических КТ или МРТ данных с ангиографическим изображением для проведения интервенционных вмешательств, с минимальным введением дорогостоящих контрастных препаратов. Внедрение технологии FUSION в нашей клинике началось в сентябре 2013 г.

В ходе подготовки к внедрению технологии проведены обучающие мастер-классы специалистами компании GE г. Москва, обучение сотрудников на базе Областного онкологического диспансера г. Иркутск.

Хирурги отделения рентгенэндоваскулярных методов лечения обладают навыками реконструкции и слияния изображения на рабочей станции аппарата GE, с применением навигационной системы INNOVA VISION. Специалисты используют объемное изображение сосудистого русла для наложения на ангиографическое изображение в реальном времени, при проведении лечебной манипуляции.

Оборудование

Исследования проведены на ангиографическом комплексе INNOVA 4100 General Electric. Комплекс в полном объеме приспособлен для проведения ангиографических исследований у онкологических пациентов за счет широкого поля обзора 40x40 см., наличием функции плоскодетекторной компьютерной томографии или 3D CT, ротационной ангиографии, где за одно введение контрастного препарата получается многопроеекционное изобра-

жение контрастированных сосудов. В комплект аппарата входит многофункциональная рабочая станция, позволяющая анализировать данные компьютерных, магнитно-резонансных, позитронно-эмиссионных компьютерных томографий и субтракционной ангиографии.

На аппарате установлена навигационная система INNOVA VISION с возможностью слияния данных объемных реконструкций, полученных на других диагностических КТ и МРТ аппаратах (Siemens, Toshiba, GE) с реальным изображением ангиографического комплекса. Используется только артериальная фаза компьютерной томографии и МРТ исследования с максимальным тугим контрастированием артериального русла, плотностью по шкале Хаунсфилд не менее 120–130 ед.

Материалы и методы:

Хирургами отделения проведены 73 ангиографические манипуляции с применением метода совмещения для навигации при диагностическом и лечебном ангиографическом воздействии на патологический процесс, что составляет 20% от общего количества проведенных операций.

Из них

1. Совмещение объемных сосудистых реконструкций с ангиографией для селективной катетеризации печеночной артерии при метастазах колоректального рака и первичном раке печени- 32.

2. Совмещение объемных сосудистых реконструкций с С-дугой ангиографа для селективного доступа в маточные артерии при раке шейки или тела матки — 21.
3. Совмещение для селективного доступа при раке головки поджелудочной железы — 11.
4. Совмещение при раке почки — 3
5. Совмещение при лечебном вмешательстве на сосудах головы и шеи-6.

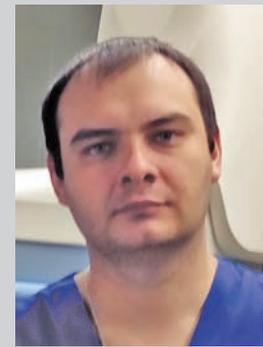
Применялось 2 способа выделения артериального русла, полученных на диагностических КТ и МРТ аппаратах.

1. Создание обычных VRT реконструкций

При данном способе плохо дифференцируется аорта и висцеральные ветви из-за наложения контрастированного кишечника и желудка. Образуется множество помех от контрастированных паренхиматозных органов, а так же костных структур. Способ требует вырезания большого количества «ненужных» элементов, что усложняет процесс моделирования при выраженной извитости сосудов. (Рис. 1)

2. Метод выделения (сегментация)

Нашел более широкое применение в нашей практике. Мы использовали сканы ранее проведенной компьютерной томографии с внутривенным усилением для выделения сегментов сосудистого русла. На рабочей станции ангиографического комплекса производится сегментация, поэтапное выделение, сосудов интересующей нас области.



Новопашин А. М.



Тюменцева Е. С.



Рис. 1. Создание обычных VRT реконструкций

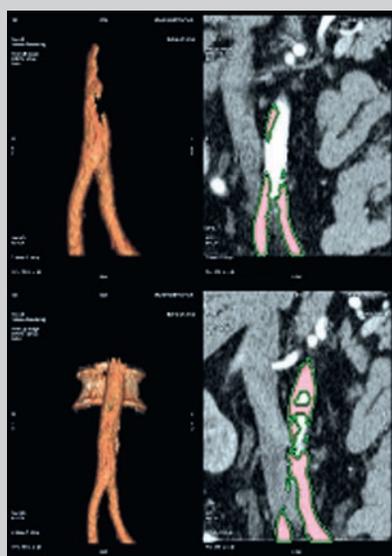


Рис. 2.
Сегментирование
бифуркации
аорты
и подвздошных
сосудов



Рис. 3.
Реконструкция
абдоминального
отдела аорты,
чревного ствола
и верхней
брыжеечной артерии

Представлен пример реконструкции брюшного отдела аорты и сосудов чревного ствола для проведения химиоэмболизации печеночной артерии при метастатическом колоректальном раке.

Начальный этап сегментации начинается с более доступной сосудистой зоны:

1. Сегментирование бифуркации аорты и подвздошных сосудов.(Рис. 2)
2. Далее происходит реконструкция абдоминального отдела аорты, чревного ствола и верхней брыжеечной артерии. Для более качественного слияния с ангиографическим изображением, дополнительно выделяем необходимые костные ориентиры. Значимыми костными ориентирами выступают гребни подвздошных костей, поясничные позвонки. (Рис. 3)

В результате проведенного сегментирования имеется объемная реконструкция сосудистого русла анатомической зоны и её костные ориентиры. Изображение готово к слиянию с реальным изображением ангиографического комплекса.

3. Накладываем (синхронизируем) полученное 3-х мерное изображение сосудистого русла на 2-х мерное изображение ангиографического комплекса.

Синхронизация VRT изображения компьютерной томографии с ангиографией проводится при помощи навигационной системы INNOVA VISION. В прямой проекции мы ориентировались на подвздошные кости и поперечные отростки позвонков. В боковой проекции, при ротации С-дуги ангиографического комплекса на 90°, полностью совмещаем контуры тел соответствующих позвонков с живым изображением.(Рис. 4)

Определенную сложность в синхронизации изображения представляют MPT реконструкции, из-за

невозможности выделения костных структур. В Т1 взвешенном изображении кости и позвонки имеют гипоинтенсивный сигнал, следовательно не отображаются. Вышли из положения путем реконструкции хрящевых отделов реберной дуги и межпозвоночных дисков в боковой проекции. Как относительные ориентиры использованы контрастированные почки и сердце.(Рис. 5)

Применение методики синхронизации объемного изображения, на ангиографическом комплексе, позволяет без введения контрастного вещества достигнуть интересующую артерию, путем виртуально созданного сосудистого русла для лечебного воздействия на патологический процесс. Методика слияния изображения способствует беспрепятственному прохождению ангиографического катетера по сосудистому руслу до устья интересующего нас сосуда. Для оценки адекватной установки катетера производится минимальное введение контрастного препарата.

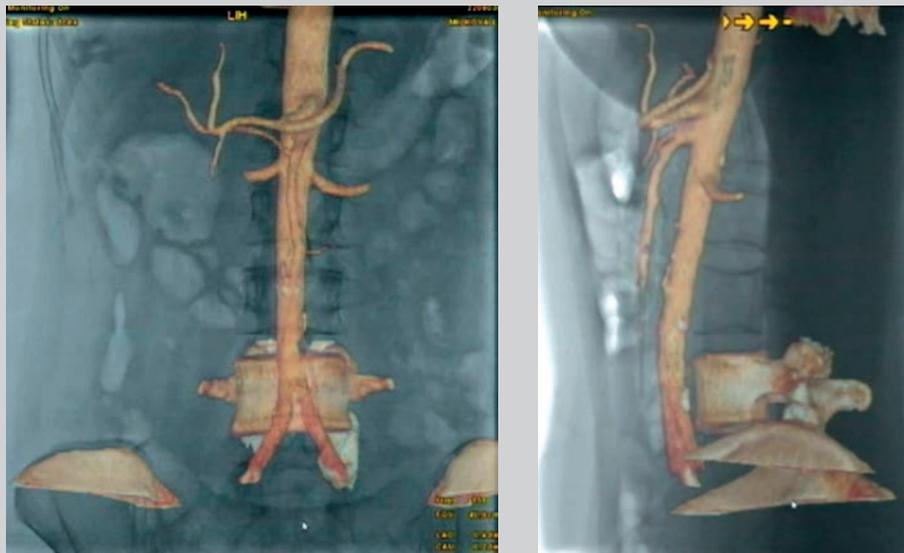
4. Далее поводится стандартная ангиографическая манипуляция в объеме эмболизации, химиоэмболизации, окклюзии патологического очага.

Выводы

Технология слияния, на базе отделений интервенционной радиологии и эндоваскулярных радиологических вмешательств, возможно только при наличии навигационной системы и навыков анализа, у специалиста, КТ и МРТ исследований, что позволяет значительно сократить экономическую составляющую при оказании высокотехнологичной медицинской помощи пациентам как с онкологическими, так и соматическими заболеваниями органов и систем.

1. Снижается расход рентгеноконтрастных препаратов, что особенно актуально в случаях наличия клиники сопутствующей почечной недостаточности у пациентов, в аспекте снижения нефротоксическо-

Рис. 4. Накладываем (синхронизируем) полученное 3-х мерное изображение сосудистого русла на 2-х мерное ангиографическое изображение



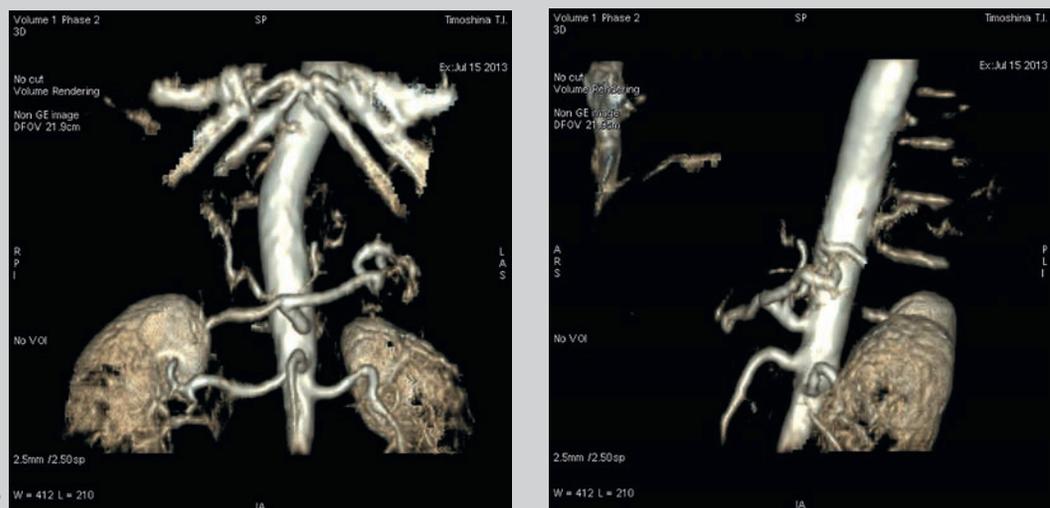
го воздействия. При стандартном вмешательстве на диагностическом этапе и контрольной ангиографии объем вводимого контрастного препарата варьирует от 60 до 80 мл. При навигации с помощью слияния VRT с 2-х проекционной рентеноскопией объем вводимого контраста снижается до 10–15мл., что в 8–10 раз меньше исходного количества.

2. Возможность провести адекватное и полное предоперационное планирование вмешательств с корректным подбором расходных материалов, выявить и оценить особенности ангиоархитектоники в зоне планируемого вмешательства. Данная методика позволяет значительно сократить число диагностических ангиографий, которые являются одним из этапов последующего эндоваскулярного лечебного вмешательства.

3. Применение инновационной технологии INNOVA VISION позволяет снизить до минимума лучевую нагрузку на пациента и оперирующий медперсонал, тем более что некоторые пациенты многократно подвержены воздействию рентгеновского излучения в ходе курса лечения и динамического наблюдения.

Предложенная методика имеет перспективы своего развития в области нейрорадиологии, в случаях селективной навигации сосудистых опухолей головного мозга, артериовенозных мальформаций и сосудистых аневризм церебральных сосудов. Также возможно рассматривать применение методики слияния изображений при эндоваскулярных вмешательствах на сосудах сердца.

Рис. 5.



Эндоскопический «диагноз» и доказательная медицина

Санников О. Р., врач эндоскопист, к.м.н.

ФБУЗ МСЧ № 41 ФМБА России,

г. Глазов



Санников О. Р.

Проблемы точности и объективности сопоставимости результатов эндоскопического исследования с результатами морфологического анализа существовали с момента появления этого уникального метода диагностики. По оценкам различных авторов, расхождения диагнозов при исследовании желудка, тонкой и толстой кишки колеблются от 30 до 70%. Эндоскопический диагноз наиболее точен и обоснован при наличии грубых и хорошо заметных структурных нарушений в желудочно-кишечном тракте: крупных опухолей, полиповидных дефектов, язв, эрозий, макроатрофий (фото 1–3). При менее выраженных изменениях, таких как локусная атрофия или гипертрофия слизистой оболочки, отек эпителия и собственной пластинки, инфильтрация слизистой оболочки, связанная с воспалительным процессом, точность эндоскопической диагностики существенно снижается. По данным литературы, совпадение гистологических и эндоскопических результатов исследований при наличии «кровоточивости и эрозий» в желудке составляет 60,8% и только 41,5% — при «отеке и гиперемии» [2].

Патоморфологи не без основания полагают, что большинство таких распространенных гастроэнтерологических диагнозов, как, например, гастрит или еунит (терминальный илеит), которые обычно выставляют на этапе клинического и эндоскопического обследования, являются диагнозами морфологическими и должны рассматриваться лишь с позиции патологической анатомии [4]. В известном руководстве В.С. Morson и J.M.P. Dawson [7] сказано, что до биопсии клиницист не вправе диагностировать хронический гастрит и может применять лишь синдромологическое обозначение «неязвенная диспепсия», а по образному выражению К. Elster «рентгенологический и эндоскопический диагнозы хронического гастрита стоят на глиняных ногах» [4]. Необходимо учитывать и то обстоятельство,

что до сих пор в нашей стране огромное количество эндоскопических процедур проводится с использованием морально устаревшей, «допотопной» волоконной оптики, характеристики которой не вписываются в современные стандарты.

Тем не менее, и в научных исследованиях, и в клинической практике эзофагогастродуоденоскопия рассматривается как достоверный метод верификации гастрита, что обуславливает гипердиагностику данного заболевания (особенно это касается так называемого «поверхностного» гастрита, часто выставляемого в качестве «дежурного диагноза» врачом эндоскопистом). Это приводит к тому, что в ряде случаев эндоскопическое заключение о наличии «воспалительного» заболевания рассматривается как приоритетное по отношению к клинической оценке. Выявление «воспалительных» изменений при эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) снижает мотивацию поиска функциональных расстройств, которые часто являются истинной причиной диспепсии и способствует необоснованному снижению показателей здоровья населения и расширению контингента, подлежащего диспансеризации в качестве «гастроэнтерологических» больных [1]. Все вышеперечисленное увеличивает нагрузку на специалистов, особенно, узкие службы, приводит к дополнительным затратам на проведение лабораторно-инструментальных исследований, а многочисленные повторяющиеся обследования усиливают агрессивность медицины и порождают недоверие пациента к врачу.

Целью работы было исследование дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) у пациентов различных клинических групп, однако, немаловажное значение придавалось и морфологической картине, сопутствующей макроскопическим изменениям, оценке корреляции меж-

ду ними. Обследовано 100 человек, распределенных по трем репрезентативным группам простой рандомизацией. Соотношение мужчин и женщин составило 1,2: 2, средний возраст $42,9 \pm 11,4$ года. Первую группу (40 человек) составили пациенты с ДГР, манифестированным при проведении ЭГДС. Вторая группа (30 человек) была представлена больными, перенесшими холецистэктомиию по поводу желчнокаменной болезни в отдаленном периоде. В группу сравнения вошло 30 пациентов с визуально неизменной слизистой оболочкой пищевода, желудка и ДПК и без признаков рефлюкса. Все исследования проводились с использованием фиброэндоскопа с торцевой оптикой Olympus GIF XQ-30 (Япония)).

Состояние слизистой оболочки оценивали согласно «визуально-аналоговой шкале морфологических изменений слизистой оболочки желудка», предложенной M. Dixon (1996). Полученные данные подвергнуты обработке методом дисперсионного анализа.

В таблице отражена корреляция эндоскопических и морфологических методов исследования.

Данные таблицы отражают суммарный процент расхождений результатов патоморфологических заключений. Несмотря на относительно небольшое количество случаев, подвергнутых анализу, в целом установлен одинаково высокий процент нераспознанных атрофических изменений слизистой во всех группах (82,5%, 83,33% и 86,67% в I, II и III группах соответственно) исключая случаи диффузной атрофии; при этом было отмечено 2 случая гипердиагностики атрофического гастрита (оба случая в I группе). При эндоскопической оценке воспалительных изменений отмечались отклонения как в сторону гипер-, так и гиподиагностики.

На основании приведенных выше данных, считаем, что визуальная оценка воспалительных и атрофических изменений слизистой оболочки с использованием волоконной оптики (за исключением случаев выраженной диффузной атрофии) является субъективной и условной. Неточность и относительность визуальных признаков гастрита подтверждается и морфологическими исследованиями, когда имеются существенные отклонения как в сторону гипер-, так и гиподиагностики при ЭГДС; при этом не обнаруживается какой либо корреляции между этими двумя методами.

После внедрения в нашу практику эндоскопической видеосистемы (процессор Pentax EPK 1000) суще-

ственно преобразилось восприятие изменений, ранее трактованных как патологические. В частности, было отмечено, что т.н. «поверхностный гастрит» (фото 4) с характерными изменениями слизистой оболочки (очаговая гиперемия, придающая пятнистый характер поверхности) не такое уж частое в эндоскопической практике состояние. Так, при правильной настройке баланса белого, рассмотрении поверхности слизистой оболочки с различных расстояний с разной степенью освещенности практически исключены артефакты, воспринимавшиеся ранее как эритема с использованием волоконной оптики, более контрастно и детально стали визуализироваться атрофические изменения, появилась возможность оценивать поверхностный рисунок и структуру протрузий и плоских (стелющихся) образований, характер их роста относительно эпителия (эпителиальный или субмукозный) и т.д.

Термин «гастрит», если переводить его буквально, обозначает воспаление желудка, а точнее, его слизистой оболочки. Необходимо подчеркнуть, что эндоскопическое заключение не должно подменять собой клинический диагноз в каждом конкретном случае. Так, иногда можно встретить такие формулировки, выносимые врачами эндоскопистами в качестве заключения, как «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь», «острый гастрит», «хронический гастрит», «атонический колит» и др., являющиеся по сути спекулятивными. Подобное смешение понятий не должно иметь место в практике, поскольку клинический диагноз это — интегральный показатель, сумма информации, собираемая как простыми (анамнез, физикальное исследование), так и более трудоемкими методами, в число которых зачастую входит и эндоскопическое исследование. Врач эндоскопист не может судить о процессах, происходящих в тканях органа, микроскопических изменениях, наблюдая лишь внешние признаки, сопутствующие им. Оценка моторных нарушений, так же как остроты или хронизации процесса не является и не может быть прерогативой эндоскопического исследования, а суждение о «болезни» (ГЭРБ) может быть допустимым лишь в качестве отдельной ремарки. Так, при наличии клинических проявлений в виде изжоги, регургитации, эндоскопических данных, характеризующихся эрозивными изменениями различной выраженности, в качестве резюме, после указания степени эзофагита, допустимо использование форму-

Таблица 1

Показатель	Группы		
	Группа I(n=40)	Группа II(n=30)	Группа сравнения(n=30)
Нераспознанные на ЭГДС атрофические изменения	33(82,5%)	25(83,33%)	26(86,67%)
Гипердиагностика атрофических изменений на ЭГДС	2 (5%)	нет	нет
Нераспознанные на ЭГДС воспалительные изменения	13(32,5%)	4(13,33%)	13(43,33%)
Гипердиагностика воспалительных изменений на ЭГДС	8(20%)	10(33,33%)	нет

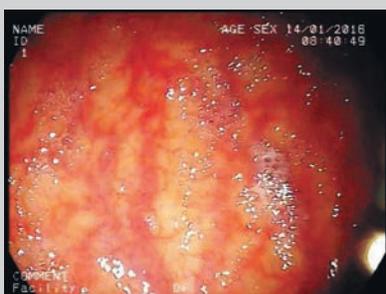


Рис. 1. Атрофические изменения



Рис. 2. Атрофические изменения



Рис. 3. Язва Камерона

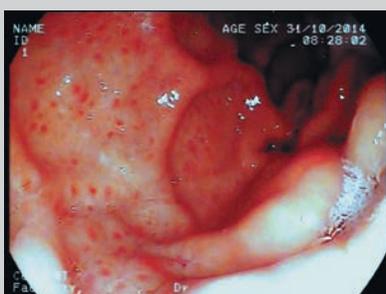


Рис. 4. Очаговая эритематозная гастропатия (поверхностный гастрит)



Рис. 5. Columnar-lined esophagus-пищевод, выстеленный специализированным цилиндрическим эпителием (CLE)

лировки — «вышеуказанные изменения не противоречат клиническому диагнозу «ГЭРБ». Здесь же необходимо отметить, что «золотым стандартом» в диагностике ГЭРБ является не ЭГДС, а суточное мониторирование внутрипищеводного рН, причем, при эндоскопически негативной форме это основной (наряду с импеданс-рН-метрией пищевода) инструментальный метод, позволяющий подтвердить диагноз.

Несколько слов о дефинициях. В нашей стране при обнаружении специализированного эпителия цилиндрического типа в дистальном сегменте пищевода в качестве заключения принято определение «пищевод Баррета» (Norman Barrett — автор-первооткрыватель данного феномена, английский хирург, впервые описавший это состояние в 1950 г.). После многократных пересмотров сущности и определения данного состояния (ПБ) до сих пор имеют место некоторые расхождения даже в современных трактовках, в частности, американской и европейской позиций. Так, согласно отчету American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the Management of Barrett's Esophagus. *Gastroenterology*. (2011) ПБ определяется как «состояние, при котором метапластический цилиндрический эпителий любой протяженности, который предрасполагает к развитию рака, заменяет многослойный плоский эпителий, в норме покрывающий дистальную часть пищевода (фото 5). Наличие кишечной метаплазии является необходимым для установления диагноза ПБ, поскольку только этот тип ци-

линдрического эпителия четко является предпосылкой малигнизации» [6].

В этом же отчете указывается на то, что «диагноз ПБ вызывает психологический стресс и, может вести к финансовой нагрузке на пациента и систему здравоохранения» [6]. По этим причинам еще в 1999 Japanese Society for Esophageal Diseases предложила описывать при эндоскопии выстеленный цилиндрическим эпителием пищевод термином — CLE (columnar-lined esophagus) с или без кишечной метаплазии (Report of the Research Committee on the Definition of Barrett's Esophagus (Epithelium). 1999. В Европе этот термин был предложен в 2004 г. [8]. Ассоциация врачей — эндоскопистов Украины в 2006 г. также рекомендовала использовать этот термин (CLE) по указанным выше соображениям предохранения пациентов от психологического стресса [5]. Считаем такую аргументацию обоснованной и полагаем, что данная позиция может дополнить Пражскую классификацию, в «Минимальной стандартной терминологии эндоскопии пищеварительного тракта» (МСТ) где термин CLE будет приоритетным [3].

Авторы МСТ справедливо считают, что врач-эндоскопист не может установить диагноз «поверхностный гастрит» не выполняя биопсию слизистой оболочки, поскольку визуально невозможно оценить насколько «поверхностным» является воспаление. На эндоскопическом этапе диагностики предлагается использовать термины «гастропатия» и «дуоденопатия» вместо «гастрит» и «дуоденит», а слово «поверхностный» заменяется на более точный описательный термин «эритема-

тозный» (предполагая в том числе и топическую диагностику с указанием отдела(ов) желудка и ДПК).

В настоящее время одним из направлений развития эндоскопической техники является создание систем визуализации с высоким разрешением и внедрение в практику эндомироскопических методик. Это открывает новые горизонты в оценке деталей структуры поверхности слизистой оболочки, эндоскопическое исследование все больше приближается к морфологическому. Однако, методологический разрыв между эндоскопическими и морфологическими методами исследований структуры слизистой оболочки все же продолжает сохраняться. Как уже было сказано выше, проблема усугубляется и низким уровнем материально-технической базы подавляющего большинства ЛПУ, когда диагностические исследования все еще проводятся с использованием морально устаревшей фиброэндоскопической оптики, не обеспечивающей необходимой достоверности и информативности. Считаем, что данный вид техники должен быть полностью замещен видеоэндоскопами во всех медицинских учреждениях страны.

В некоторых случаях вследствие «размытости» медико-экономических стандартов, эндоскопические ис-

следования назначаются клиницистами без каких либо оснований, «широкомасштабно», «в довесок» к другим диагностическим манипуляциям, учитывая высокую степень их доступности и относительную безопасность, исходя из принципа — «чем больше исследований, тем лучше». Такой «диспетчерский», «шаблонный» подход с одной стороны перегружает работу эндоскопических кабинетов (отделений), с другой — формирует агрессивный стиль клинического мышления врача, что далеко не всегда оправдано.

На наш взгляд необходимо очень четко обосновывать показания к эндоскопическому исследованию, цели его должны быть ясно сформулированы, кратность наблюдений при выявленных изменениях должна быть адекватной, научно, практически и экономически обоснованной, не вызывающей ненужной нагрузки на работу эндоскопической и морфологической служб. Эндоскопическое заключение не должно носить императивный характер (особенно если оно не подтверждено морфологически) и подменять собой клинический диагноз, а наилучших результатов можно достичь только при условии тесного сотрудничества клиницистов, эндоскопистов и морфологов.

Литература

1. Блащенко С. А., Печкуров Д. В. О месте и значении эзофагогастродуоденоскопии в диагностике синдрома диспепсии у детей // С. А. Блащенко, Д. В. Печкуров / Клиническая эндоскопия. — 2008. — № 1 (14). — С. 2.
2. Лысков Ю. А. Микроанатомия в эндоскопии. Новые горизонты эндоскопической диагностики // 67-е заседание московского общества эндоскопистов / Клиническая эндоскопия. — 2008. — № 1 (14). — С. 58–59.
3. Маржатка З., Федоров Е. Д. Терминология, определения терминов и диагностические критерии в эндоскопии пищеварительного тракта // Третье издание переработанное и дополненное (первая публикация на русском языке). — Normed Verlag. — 1996. — 141 с.
4. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника // Аруин Л. И., Капуллер Л. Л., Исаев В. А. / — М. «Триада-Х», 1998. — 496 с.
5. Отчет о медицинской позиции Американской Ассоциации Гастроэнтерологов в отношении ведения пищевода Барретта. // В переводе Никишаева В. И., Тумака И. Н., Пузира Н. В., 2013/ <http://endoscopy.com.ua/врачам/рекомендации/отчет-о-медицинской-позиции-американской-ассоциации-гастроэнтерологов-в-отношении-ведения-пищевода-барретта>
6. American Gastroenterological Association medical position statement on the management of gastroesophageal reflux disease. Gastroenterology 2008; 135: 1383–1391, 1391. 1–5
7. Morson B. C., Dawson J. M. P. Gastrointestinal Pathology. — 2nd ed. — Oxford: Blackwell, 1979.
8. Paris Workshop on Columnar Metaplasia in the Esophagus and the Esophagogastric Junction. Paris, France, December 11–12 2004. Endoscopy 2005; 37 (9): 879–920

Факторы риска развития желудочно-кишечных кровотечений у пациентов гнойно-хирургического стационара

Сонис А. Г., Юрченко И. Н., Марченко А. А.

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России

г. Самара



Сонис А. Г.



Юрченко И. Н.



Марченко А. А.

Рост числа желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) у пациентов хирургического профиля при различных заболеваниях заставляет нас пересматривать причины их возникновения. Внедрение в повседневную практику стационаров возможности круглосуточного эндоскопического обследования данной категории больных позволяет выявлять различную патологию. Зачастую эрозивные и язвенные изменения слизистой оболочки протекают бессимптомно, проявляясь в стрессовых ситуациях кровотечениями.

Термин «стрессовые язвы» принят для пациентов, не находящихся в критических состояниях. У больных в критических состояниях используют название «синдром острого повреждения желудка» (СОЖП) — повреждение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, возникающее при нарушении механизмов защиты. В последнее время отмечается постепенное слияние указанных терминов. Для данной патологии типично быстрое, в течение нескольких дней и даже часов, возникновение, и столь же быстрое заживление после устранения этиологических факторов, а также нетипичная клиническая картина (стертость болевого синдрома, отсутствие сезонности и т.д.). Наиболее опасным и частым осложнением СОЖП являются желудочно-кишечные кровотечения, летальность при которых достигает до 5%.

Целью нашей работы было выявить наиболее частые причины развития желудочно-кишечных кровотечений у пациентов отделения гнойной хирургии, разработать и внедрить в практику меры профилактики.

Материалы и методы

Выполнен ретроспективный анализ историй болезней за 2007–2012 годы пациентов, находившихся на лечении в Клинике пропедевтической хирургии

по профилю «хирургическая инфекция», которым в экстренном порядке была выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) и диагностирован СОЖП. У пациентов были выявлены факторы риска развития данной патологии. За 2013–2014 годы с учетом выявленных факторов риска были обследованы 64 пациента, в ходе лечения применен стандартный протокол профилактики развития СОЖП с дополнениями.

Результаты и обсуждение

Во время изучения историй болезни обратило на себя внимание, что за 2010–2012 гг. произошел рост количества случаев возникновения желудочно-кишечных кровотечений у пациентов с гнойно-хирургической патологией, в то время как общее количество пролеченных в отделении пациентов оставалось примерно одинаковым и из года в год и составило 742 ± 12 человека. Так за период с 2007–2009 гг. количество эпизодов развития ЖКК не превышало 5 в год. В абсолютном большинстве случаев, кровотечение возникало на фоне сепсиса. С 2010 по 2012 гг., отмечался рост количества кровотечений до 8 ± 2 случаев в год. Общее количество пациентов за этот период, у которых по данным ЭГДС были верифицированы поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), потенциально опасных в плане развития желудочно-кишечного кровотечения, составило 33 человека. В структуре диагнозов, выявленных при эндоскопическом обследовании, ведущими были язвенные поражения ЖКТ (16 случаев), на втором месте эрозивные поражения ЖКТ (9 случаев) и в 8 случаях выявлена другая патология (геморрагический гастрит, распадающаяся опухоль желудка и т.д.).

Причины госпитализации пациентов в стационар были распределены следующим образом. У 12 из них был облитери-

рующий атеросклероз нижних конечностей III — IVб ст. с осложнением в виде раневой инфекции, у 7 человек диагностирован сепсис, 5 человек со свищевой формой остеомиелита, 3 человека с синдромом диабетической стопы и 4 человека с гнойными заболеваниями мягких тканей. Средний возраст таких больных составлял 65±5 лет. По данным различных авторов отмечено, что в возрасте 65±5 лет в 92% случаев наблюдается мультифокальный атеросклероз с сочетанием 2-х и более форм, у 62,7% таких пациентов абдоминальная ишемия протекает бессимптомно. Таким образом, имеет место крайне высокая вероятность сочетания облитерирующего атеросклероза нижних конечностей с синдромом абдоминальной ишемии, и как следствие — наличие у пациентов эрозивно-язвенных дефектов в ЖКТ.

Еще одним фактором, влияющим на частоту возникновения эрозивно-язвенных поражений у пациентов с хирургической гнойно-септической патологией, является бесконтрольное употребление обезболивающих препаратов, относящихся к группе НПВП. Длительный прием НПВП у наших больных был отмечен в 65% случаев развития осложнений со стороны верхних отделов ЖКТ и в 60% случаев развития желудочно-кишечных кровотечений. В случаях, когда эрозивно-язвенные поражения развивались не на фоне сепсиса и атеросклероза, ведущим фактором становилось наличие язвенной болезни в анамнезе.

С 2013 года в нашей клинике начали применять ряд профилактических мероприятий пациентам, при осмотре и обследовании которых выявлены факторы, повышающие риск развития СОЖП. Они включали в себя обязательный прием препаратов из группы блокаторов

протонной помпы, уменьшение количества применения НПВС за счет назначения в послеоперационном периоде анальгетиков иных групп, по возможности скорейшая активизация пациентов. В 2014 году было выявлено 64 пациента с факторами риска развития СОЖП. У 52 (81%) из них выполнено эндоскопическое исследование. В 77% случаев выявлены состояния, потенциально угрожающие по развитию желудочно-кишечного кровотечения, в виде тех или иных дефектов слизистой верхних отделов ЖКТ, которые в 87% (35 человек) протекали абсолютно бессимптомно.

В результате с момента начала применения мер профилактики в клинике пропедевтической хирургии наблюдался лишь один эпизод развития эрозивно-язвенного желудочно-кишечного кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде (менее 24 часов) у пациента с генерализованным атеросклерозом, который был купирован консервативными методами.

Выводы

1. Факторами риска развития СОЖП у пациентов гнойно-хирургического стационара являются наличие облитерирующего атеросклероза нижних конечностей, сахарного диабета, прием НПВП, возраст старше 65 лет. Развитие СОЖП у таких пациентов часто сопровождается желудочно-кишечным кровотечением.
2. Раннее выявление СОЖП и использование у пациентов ингибиторов протонной помпы позволяет достоверно снизить частоту желудочно-кишечных кровотечений.

Психоземotionalное состояние пациентов перед эндоскопическим исследованием желудочно-кишечного тракта

Шишков А. С., эндоскопист, к.м.н., Малышко С. С., гл. врач, Михалёнок-Воронецкая К. А., зам. главного врача, Кулеша И. А., зав. эндоскопическим центром, Рылова Ю. А., эндоскопист

УЗ «2-я центральная районная поликлиника»
Эндоскопический центр № 2

г. Минск



Шишков А. С.



Малышко С. С.



Михалёнок-
Воронецкая К. А.

В работах многих авторов, занимающихся исследованием тревожных расстройств (ТР), отмечается, что по данным Всемирной организации здравоохранения ТР относятся к первым десяти самым значимым проблемам общественного здравоохранения. Так, согласно результатам исследований, проводившихся в 27 европейских странах, у 12–27% представителей популяции в возрасте от 18 до 65 лет на протяжении только одного года имел место хотя бы один эпизод ТР. При этом пожизненная распространенность ТР составляет около 21–30% среди всего населения. В других популяционных исследованиях клинически очерченные формы ТР выявляются у 6,5% населения, а в течении жизни — у 25–50%. ТР остаются одними из самых распространенных психосоматических состояний у пациентов с соматической патологией. У пациентов, наблюдающихся в учреждениях общей лечебной сети, встречаемость ТР достигает 23–78%, среди контингента амбулаторных больных — в среднем 45,9%.

Тревожность, по определению большинства исследователей это переживание эмоционального неблагополучия, связанное с предчувствием опасности или неудачи. Субъективно ощущается как напряжение, озабоченность, беспокойство и связана с чувствами беспомощности, неопределенности. Для определения ТР применяется много методик, из которых наиболее приемлемыми в амбулаторных условиях являются тест Спилбергера и шкала тревожности по Цунгу. Тест Спилбергера это единственная методика, которая позволяет дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние, связанное с текущей ситуацией. Ситуативная тревожность характеризует состояние человека в данный момент времени. Личная тревожность рассматривается как черта характера лично-

сти. Шкала тревожности по Цунгу является ценным инструментом для измерения тревожного состояния человека.

Эндоскопический метод диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта прочно вошел в практику здравоохранения и давно стал повседневным. Медики относятся к нему как к обычному методу и забывают, что для большинства пациентов он представляется как предполагаемая угроза, связанная с интервенцией в организм. Данному разделу в эндоскопии уделяется недостаточно внимания.

Цель исследования

Изучить психоземotionalное состояние пациентов перед эндоскопическим исследованием желудочно-кишечного тракта.

Методы исследования

Эндоскопическое обследование мы проводили на видеостойке Фуджинон. Для тестирования мы применили методы Спилбергера и Цунга. Шкала Спилбергера состоит из двух групп тестов по 20 вопросов-суждений, шкала Цунга из 20 вопросов — ответов. Результаты оценивались в баллах. Минимальный балл 20 и максимальный 80, которые делились на группы — низкий до 30 баллов, умеренный — 31–40, высокий — 41–55 и выраженный — 56–80. Каждый пациент, в течении 5–15 мин., заполнял три бланка с вопросами-суждениями, которые оценивались с помощью ключа по методике. Часть бланков раздавались пациентам вместе с талоном на эндоскопическое исследование за 1–3 недели до события и непосредственно перед исследованием.

Материал исследования

Эндоскопическое обследование и тестирование выполнено у 166 пациен-

тов с различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Результаты исследования

В исследуемой группе пациентов — мужчин было 49, женщин 117. Возраст варьировал от 27 до 83 лет. В общей популяции умеренный уровень ситуативной тревожности составлял 1,2%, высокий уровень — 69,9% и выраженный в 28,9% случаев. Уровни личной тревожности составляли соответственно: 3,6%, 59,6%, и 36,8%. Если проследить уровни ситуативной и личной тревожности у мужчин и женщин то они соответствуют: низкий уровень 0 и 0 в обеих группах, умеренный — 2,0% и 0,9%, высокий уровень — 77,5% и 66,7%, выраженный — 20,4% и 32,4%. Как видно абсолютное большинство пациентов имеют высокий и выраженный уровень ситуативной тревожности. Примерно такая же ситуация отмечается и при определении уровней личной тревожности — умеренный уровень составляет 8,1% и 1,7%, высокий уровень — 63,3% и 58,1%, выраженный в 28,6% и 40,2% случаев. По шкале тревожности Цунга ситуация несколько различная т.к. по ней в 15 из 20 вопросов внимание уделяется соматическим симптомам. В общей популяции, низкий уровень тревожности отмечался у 15,7% пациентов, средний уровень — 46,4%, высокий — 35,5% и выраженный в 2,4% случаев.

Сравнения уровни тревожности по Цунгу у мужчин и женщин мы получили следующие данные: низкий уровень тревожности в 22,4% и 12,8% случаях, средний уровень у 46,9 и 46,2% пациентов, высокий уровень — 28,6 и 38,5%, выраженный у 2,0% и 2,6% пациентов. По шкале Цунга видно, что у мужчин низкий уровень тревожности несколько выше, тогда как высокий и выраженный уровни выше у женщин. Высокий уровень ситуативной тревожности у мужчин отмечается в возрасте 51–60 лет (34,2%),

тогда как у женщин он равномерно распределяется в возрасте от 31 до 60 лет (20,5% — 24,4%). Уровень личной тревожности также высокий у мужчин в возрасте 51–60 лет, и равномерно распределен у женщин в возрасте от 31 до 60 лет (22,1% — 25%). По шкале тревожности Цунга, наибольшее количество мужчин с низким уровнем тревожности оказалось в возрасте до 30 лет (27,3%) и в возрасте 61–70 лет (27,3%), тогда как у женщин он распределился примерно одинаково во всех возрастных группах (20,0% — 26,7%). Средний уровень тревожности чаще встречался у мужчин в возрастных группах от 41 до 70 лет (21,7% — 34,8%), а у женщин в группах от 41 до 60 лет (27,8%). Высокий уровень тревожности у мужчин отмечался в возрасте до 30 лет (42,9%) и в 51–60 лет (21,4%), у женщин — в 51–70 лет (28,9% — 33,3%).

Выводы

1. Перед эндоскопическим исследованием большинство пациентов находятся в состоянии повышенной тревожности, что сказывается на процессе и качестве исследования.
2. Более 30% пациентов перед эндоскопическим исследованием находятся в состоянии психоэмоционального шока, что выражается в их неадекватном поведении.
3. Более 80% пациентов нуждаются в адаптивной медикаментозной и вербальной корректировке психоэмоционального состояния перед эндоскопическим исследованием.
4. Высокий и выраженный уровни тревожности отмечались примерно одинаково часто как у мужчин, так и у женщин.
5. Высокий уровень тревожности чаще встречается в возрастной группе от 41 до 60 лет.
6. При эндоскопических центрах целесообразно создание кабинета адаптивной подготовки пациентов к эндоскопическому исследованию.



Кулеша И. А.



Рылова Ю. А.

SEKUSEPT® АКТИВ

ВЫСОКОЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО НА ОСНОВЕ АКТИВНОГО КИСЛОРОДА

СРЕДСТВО НЕ ИМЕЕТ АНАЛОГОВ

- НЕ СОДЕРЖИТ АЛЬДЕГИДОВ
 - ДВУ ЗА 5 МИНУТ
- СТЕРИЛИЗАЦИЯ ЗА 15 МИНУТ

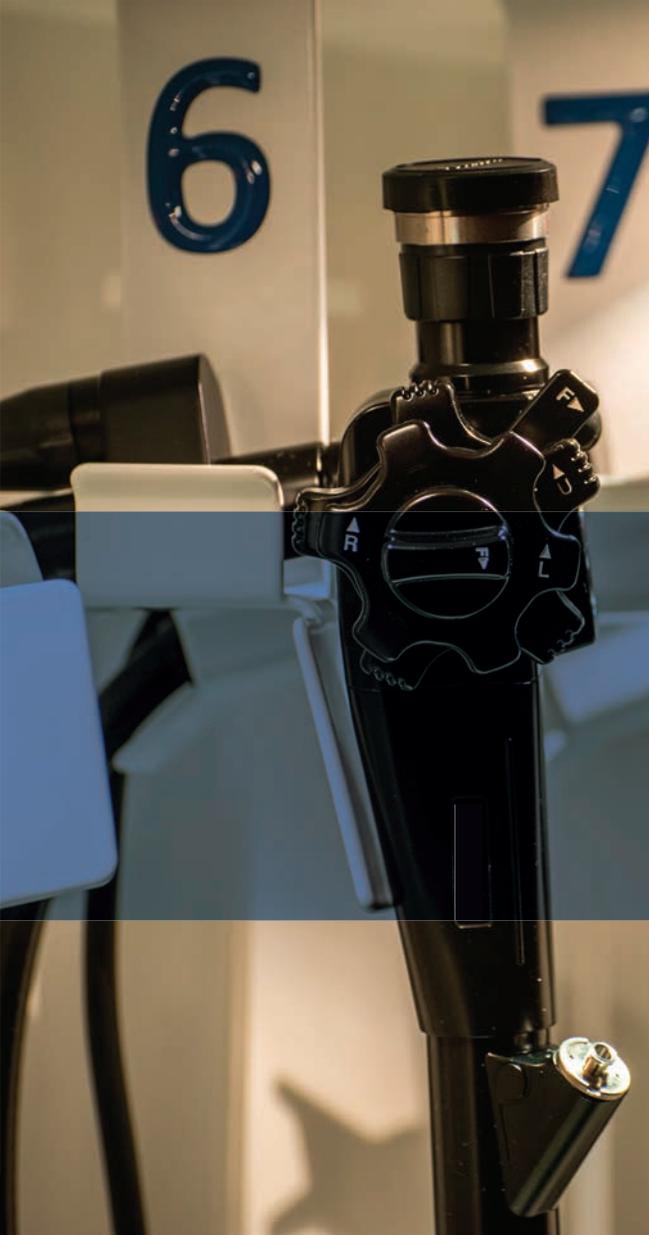


ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ:

- ДЕЗИНФЕКЦИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ СОВМЕЩЕННАЯ С ПСО
- ДЕЗИНФЕКЦИЯ ВЫСОКОГО УРОВНЯ
- СТЕРИЛИЗАЦИЯ ЭНДОСКОПОВ И ИНСТРУМЕНТОВ К НИМ

Больничная гигиена и дезинфекция
www.ecolabhealthcare.ru
Т.(495) 980-70-60

PerOxyBalance®



Устройство (шкаф) для сушки и асептического хранения гибких эндоскопов

серии «Эндокаб», Россия

ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:

- Одновременное вертикальное хранение 4 / 8 эндоскопов.
- Цветной 7" сенсорный экран с удобным пошаговым меню.
- Встроенный термопринтер для распечатки результатов сушки и хранения.
- Раздельное подключение всех каналов эндоскопа.
- Двойная система фильтрации воздуха.
- Встроенные бактерицидные лампы.
- Избыточное давление внутри рабочей камеры шкафа.
- Программируемая температура сушки до 45°C.
- Отображение текущей температуры и времени на дисплее.

СДЕЛАНО В РОССИИ.

На сегодняшний день, первые приборы отечественного производства, полностью отвечающие современным требованиям, предъявляемым к хранению эндоскопов как в России, так и за рубежом.

Повышение профессиональных навыков среднего медперсонала в рамках Европейского образования ESGENA

Воронин С. М., мед. брат отделения эндоскопических методов исследования
Белова Г. В., д.м.н., зав. отделением эндоскопических методов исследования

Многопрофильный медицинский центр Банка России

г. Москва



Белова Г. В.,



Воронин С. М.

В 2015 году отделение эндоскопических методов исследования Многопрофильного медицинского центра Банка России выиграло грант ESGENA на 1-месячную стажировку для среднего медицинского персонала. Стажировка проходила в отделении эндоскопии Клинической больницы г. Загреб (КВС работает для военного и гражданского населения), старшей медицинской сестрой которого является вице-президент ESGENA Ядранка Брляк.

Клиническая больница является одним из лучших медицинских учреждений в стране; занимает 3-е место в рейтинге. КВС имеет коечный фонд около 2000 коек, располагается недалеко от центра столицы, на базе в 5-многоэтажных корпусов, рядом с лесопарковой зоной, в предгорье Балкан.

Язык общения английский и хорватский. Хорватский — относится к славянским языкам, что несколько облегчает общение.

Отделение эндоскопии большое, размещено в двух разных зданиях.

Согласно плану стажировки в первый день было ознакомление с отделением и коллективом. Мне рассказали о проводимых операциях в КВС и в эндоскопии.

Теоретическая часть

Во второй день мне рассказали о методах очистки, дезинфекции и стерилизации инструментов и оборудования, проводимых в отделении и основанных на требованиях европейских медицинских стандартов. Я изучил особенности автоматизированной обработки эндоскопов и инструментария

Хорошее оборудование различных фирм позволяет обеспечить высококачественную помощь, а способность работать на различном оборудовании подчеркивает профессионализм сотрудников.

Практическая часть

Параллельно в течение всей стажировки я имел возможность наблюдать проведение эндоскопических операций и манипуляций, приемы и методы ассистенции и работе в команде.

Особое внимание было уделено особенностям работы специалистов ультразвукографии (эндоУЗИ).

Среди наиболее сложных высокотехнологичных эндоскопических операций, проводимых в отделении: ЭХПГ и операции на внепеченочных желчных протоках, пункции под контролем эндоУЗИ, радиочастотные абляции новообразований желудочно-кишечного тракта, в том числе пищевода Барретта.

Мне показали на видео редкие случаи и ряд успешно проведенных эндоскопических операций по купированию артериальных осложнений.

Круглосуточное наблюдение за пациентами, перенесшими эндоскопические операции, позволяет дежурной службе на ранних стадиях определять послеоперационные осложнения и обеспечивать экстренную помощь. Так, в период моей стажировки имело место раннее послеоперационное кровотечение (через 4–5 часов) после полипэктомии из толстой кишки, которое было остановлено дежурной службой методом лигирования крупного сосуда. Контрольная колоноскопия через 3 дня показала надежный гемостаз.

Под контролем «supervisor» я ассистировал специалисту при проведении энтероскопии, полипэктомии из желудка и толстой кишки, ЭРХПГ.

Также я ознакомился с документацией отделения, касающейся работы среднего медперсонала.

В один из дней фирмой COOC была проведена презентация инструментов, после чего все участники прошли обучение работе инструментарием фирмы и получили соответствующие сертификаты.

Заключение

Изучение работы европейских коллег на стажировке в КВС г. Загреб позволило получить новый опыт и знания, которые я применяю в своей ежедневной работе, а также делюсь с российскими коллегами.

Компетентный коллектив, дружелюбная атмосфера и интенсивная высококвалифицированная работа отделения позволяют в недлительные сроки стажировки получить максимально возможную информацию о работе коллег.

Комплектование набора эндоскопических инструментов для лечебных вмешательств у больных механической желтухой

Долженко Е. А., Орчикова Е. М., Глебов К. Г.

ГКБ № 15 им. О. М. Филатова

г. Москва



Долженко Е. А.



Орчикова Е. М.,



Глебов К. Г.

В настоящее время одним из эффективных малотравматичных способов декомпрессии желчных протоков при механической желтухе различного генеза являются эндоскопические ретроградные операции на БСДК и желчных протоков (ЖП).

Осуществление этих эндоскопических манипуляций включают в себя два этапа. Первый — это диагностический, и второй — непосредственно вмешательство.

Всем больным МЖ для выяснения ее причины в начале проводят дооперационное обследование, которое включает в себя УЗИ и КТ органов ГПДЗ, поэтому имея предварительный клинический диагноз выполняют эндоскопические ретроградные манипуляции. Однако, во время операции можно столкнуться с различной клинической ситуацией, при которой потребуются специальные инструменты для восстановления желчеоттока.

В связи с этим существует необходимость в наиболее полной комплектации эндоскопических манипуляционных инструментов. Отсутствие каких-либо позиций аппаратуры может привести не только к невозможности восстановить адекватный желчеотток, но и осложнениям.

Как правило, операционная бригада, выполняющая ретроградные вмешательства состоит из врача и медицинской сестры, при этом роль сестры очень ответственна, т.к. она выполняет функцию ассистента.

Знание этапов операции определяет характер эндоскопического инструментария. С этой целью некоторыми фирмами-производителями, например «OLYMPUS», Япония предлагается два набора инструментов, которые отличаются ассортиментом.

В стандартную комплектацию включают металлические проводники, два вида канюляционных катетеров, корзинку Дормиа, литотриптор, дилатационный баллонный катетер, игольчатый и лучковый папиллотомы, назобилиарный дренаж, «предзаряженные» билиарные

стенты, инъекционную иглу и захват для удаления стента.

В расширенный набор, который фирма «OLYMPUS» назвала «Премиум» дополнительно включены экстракционные баллонные катетеры типа «Фогарти», расширен ассортимент модификаций проводников, папиллотомов, корзиночек Дормиа, дилатационных баллонов, цитологических щеток, а также добавлены инструменты для вмешательств на протоках поджелудочной железы и билиарные пластиковые стенты.

На наш взгляд для эффективной работы врачебно-сестринской бригады необходимо стремиться к максимальному ассортименту эндоскопического инструментария, добавив в комплектацию щипцы для биопсии, петли для полипэктомии, шариковые коагуляционные электроды, а также бужи для реканализации сужений желчных и панкреатических протоков.

На этапе диагностики после обнаружения БСДК потребуется канюляционный катетер, водорастворимое рентгеноконтрастное вещество, а также проводники диаметром 0,25–0,35 длиной 450 см. Введение контраста в ЖП всегда должно осуществляться под рентгенотелевизионным контролем, а его объем контролирует оперирующий врач-эндоскопист.

После того, как выяснена причина желтухи переходят к этапу лечебных вмешательств, направленных на восстановление желчеоттока.

В подавляющем большинстве случаев для доступа к ЖП будь то холедохолитиаз, рубцовые или онкологические стриктуры ЖП требуется выполнение папиллотомии. Для ее осуществления могут понадобиться папиллотомы канюляционного и игольчатого типа. Для работы с канюляционными (лучковыми) папиллотомами нужны специальные проводники, которые ранее устанавливаются в ЖП через просвет канюляционного катетера. Катетер извлекается из ЖП, а в них остав-

ляют металлический проводник, по которому проводят папиллотом. В зависимости от анатомической ситуации в наборе инструментов необходимо иметь игольчатый папиллотом или «изотом».

Завершением эндоскопической операции является восстановление желчеоттока, которое может быть достигнуто, в зависимости от характера заболевания извлечением камней, назобилиарным дренированием или стентированием.

Для удобства работы все инструменты должны располагаться в доступности на специальном столике и иметь маркировку. Знание инструментов, их взаимозаменяемость, а также конструктивные особенности позволяют сократить по времени этапы диагностики и эндоскопического лечения, а при возникновении осложнений, например кровотечения из папиллотомного разреза

провести адекватные эндоскопические процедуры для гемостаза. Поэтому мы рекомендуем отдельно иметь набор инструментов для ликвидации осложнений эндоскопических ретроградных вмешательств на желчных протоках и поджелудочной железе, в который по нашему мнению должны входить: шариковый коагуляционный и инъекционный катетеры, биопсийные щипцы, клипатор.

Таким образом, формирование наборов инструментов для эндоскопических ретроградных диагностических и лечебных вмешательств на ЖП и ПЖ с учетом характера заболевания позволяет эффективно и комфортно работать операционной бригаде «врач — сестра», сократить время операции и стандартизировать этапы вмешательства. При этом следует отметить, что детальное изучение специфики инструментов требует специальной подготовки эндоскопической сестры.

Использование гемостатической системы Endo-Clot при желудочно-кишечных кровотечениях

Коровина Е. В., Колесова Т. Ю., Концова Н. Г., Кашин С. В., Нехайкова Н. В.

ГБУЗ Ярославская Клиническая Онкологическая Больница

Отделение оперативной и диагностической эндоскопии

г. Ярославль

Endo-Clot полисахаридная гемостатическая система, является медицинским устройством и состоит из рассасывающихся модифицированных полисахаридных частиц, аппликатора с катетером, которая соединяется с внешним стерильным источником подачи газа.

Endo-Clot является биологически совместимым и апирогенным, так как он получен из растительного крахмала. Прибор не содержит человеческих или животных компонентов.

Endo-Clot может быть использован как самостоятельное гемостатическое средство, так и в качестве комбинированного метода остановки всех видов (капиллярного, венозного, артериального) кровотечений при проведении эндоскопических манипуляций.

Апликация Endo-Clot, является новым методом достижения гемостаза. Впервые в России Endo-Clot был использован в августе 2012 года.

Endo-Clot имеет молекулярную структуру, которая быстро адсорбирует воду из крови, этот процесс «обезвоживания» вызывает высокую концентрацию эритроцитов, тромбоцитов, тромбина и фибриногена, которые ускоряют нормальную физиологическую свертываемость крови. Во время контакта с кровью, частицы способствуют формированию гелеобразной клейкой пленки, которая обеспечивает механический барьер для дальнейшего кровотечения. Endo-Clot воздействует от одного часа до нескольких дней, в зависимости от количества нанесенного препарата и от места применения. Частицы препарата разлагаются на амилазу.

В нашей практике мы достаточно широко используем гемостатическую систему Endo-Clot, как при плановых эндоскопических манипуляциях, так при манипуляциях по экстренным показаниям (язвенные желудочно-кишечные кровотечения).

Впервые в нашей практике мы применили Endo-Clot в августе 2012 года у пациента после проведения эндоскопической диссекции в подслизистом слое в верхних отделах ЖКТ.

Всего в нашей практике за 3,5 года мы применяли гемостатическую систему Endo-Clot более чем у 100 пациентов.

Очень важную роль в достижении максимального эффекта при применении Endo-Clot играет медицинская сестра, так как она является ассистентом и непосредственным помощником врача, при проведении эндоскопических манипуляций.

Медицинская сестра проводит подготовку системы к работе и в дальнейшем ассистирует врачу и от ее знаний и умений зависит эффективность проведения гемостаза.

Медицинское устройство Endo-Clot работает следующим образом: при помощи болтов необходимо плотно закрепить распылитель частиц на конце камеры смешения газа/порошка.

Затем подсоединить газовый фильтр к источнику подачи воздуха с постоянным потоком воздуха для предотвращения движения жидкости в противоположном направлении в катетер.

После этого, когда система полностью готова к работе, подаем катетер врачу и он заводит катетер через рабочий канал эндоскопа и располагает катетер над источником кровотечения. Необходимо помнить, что нужно избегать прямого контакта кончика катетера с любыми видами жидкости, чтобы не допустить закупоривания катетера в результате потока воздуха в обратном направлении. Если произошло закупоривание катетера, его необходимо заменить.

Выбираем источник газа с постоянным потоком H-high flow (высокий поток). Затем медицинская сестра должна осторожно наклонить распылитель для подачи порошка к источнику кровотечения через камеру смешения газа/порошка.

Исходя из нашего опыта можно отметить, Endo-Clot является эффективным гемостатическим средством. И только слаженные действия врача и медицинской сестры дают возможность добиться блестящего результата.

Особенности организации неотложной эндоскопической помощи в условиях многопрофильного стационара

Антипова М. В., рук. эндоскопического отделения, Левченко Е. И., врач-эндоскопист по оказанию неотложной помощи
СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница» (гл. врач О. В. Емельянов)

Королев М. П., проф., д.м.н., зав каф. общей хирургии и эндоскопии Педиатрического Медицинского Университета
г. Санкт Петербург

В настоящее время возможности современной внутрисветной эндоскопии позволяют во много раз снизить объем открытых хирургических вмешательств, прежде всего по поводу кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта, инородных тел верхних отделов пищеварительного тракта.

Организация круглосуточной эндоскопической службы в многопрофильном стационаре требует наличия определенных площадей, достаточного количества подготовленных высококвалифицированных кадров а так же, несомненно, вложения значительных денежных средств на покупку оборудования и расходных материалов.

При организации круглосуточной эндоскопической службы необходимо ввести 4,5 ставки врача –эндоскописта по оказанию экстренной эндоскопической помощи и 4,5 ставки сестры по оказанию экстренной эндоскопической помощи.

1. Необходимо выделить отдельное помещение, организованное по принципу операционной, для выполнения неотложных эндоскопических исследований и вмешательств. Площадь помещения не должна быть менее 40 м²(площади необходимы для свободного размещения анестезиологического и эндоскопического оборудования, и свободного их размещения). В помещения должен быть подвод

кислорода, углекислого газа, удовлетворительная система вентиляции (рис1).

2. К эндоскопической операционной должно прилежать помещение для обработки эндоскопов, оборудованное репроцессором для обработки аппаратов (рис2), площадью не менее 25м². Если вы занимаетесь проектированием отделения или кабинета для экстренной эндоскопии с нулевого уровня то мы можем рекомендовать воспользоваться услугами различных производителей которые предложат вам различные решения « под ключ» причем в том числе и исходя из ваших площадей и финансовых возможностей (Рис2а).
3. В список оборудования должны обязательно входить эндоскопическая цифровая видеостойка (рис.3), электрохирургический блок, электроотсос на стойке, электроотсос хирургический, блок или аппарат аргоноплазменной коагуляции,(рис.4), инсуффлятор CO₂(рис.5), переносной осветитель для выхода с переносным эндоскопом к нетранспортабельным больным (рис6).. Количество аппаратов рассчитывается исходя из коечного фонда и количества пациентов, нуждающихся в экстренном эндоскопическом исследовании ежегодно. В любом случае, при наличии круглосуточного режима работы стационара необходимо иметь не менее 3 видео-



Рис. 1. Вид эндоскопической операционной



Рис. 2. Репроцессор эндоскопов на 1 аппарат



Рис. 2 а. Проект помещения для дезинфекции и хранения эндоскопов



Рис. 3. Цифровая эндоскопическая видеостойка «Olympus»



Рис. 4. Аргонплазменный коагулятор и электрохирургический эндоскопический блок



Рис. 5. Инсуффлятор CO₂ «Olympus»



Рис. 6. Переносной осветитель. «Olympus»

гастроскопов, причем как минимум 1 из них должен быть терапевтическим, т.е с широким инструментальным каналом, 2 фиброгастроскопа, для выхода к нетранспортабельным больным (возможно так же иметь и передвижную видеостойку при ее монтаже на тележке), 1 или 2 колоноскопа, не менее 3 бронхоскопов (2-х терапевтических для санации и извлечения инородных тел с широким каналом и 1 для интубации). Список необходимого на наш взгляд оборудования приведен ниже:

1. Видеоэндоскопическая стойка в полной комплектации включая электроотсос, ирригатор и переносной 1 шт.
2. Видеогастроскоп 3 шт. (канал 2.8 мм-2, канал 3,2-1 шт)
3. Видеоколоноскоп 2 шт. (канал 3.2 мм)
4. Фиброгастроскоп для ОРИТ — 2 шт. (канал 2.8 мм)
5. Фибробронхоскопы:
 - интубационный 1 шт
 - санационный с широким каналом — 2 шт.
6. Осветители к фиброгастро- и фибробронхоскопам (1 шт)
7. Машина моечная на 2 аппарата — 1 шт. или 2 на 1 аппарат (к ней подводка воды с фильтрами + дополнительные комплекты с фильтрами + сменные переходники от машины к аппаратам)
8. Инсуффлятор CO₂ — 1 шт. (+баллоны с CO₂ и лм централизованная подводка)
9. Электрохирургический блок — 1 шт.
10. Аргон-плазменный коагулятор 1 шт (или одно устройство, объединяющее п. 9 и 10)
11. Аппарат для ультразвуковой очистки инструментов 1 шт.
12. Электроотсос хирургический — 1 шт.
13. Стол-тележка для выезда с оборудованием в ОРИТ 1 шт.
14. Контейнер для переноса эндоскопа — 1 шт
15. Шкаф для сушки и хранения гибких эндоскопов 1 шт.

Оборудование для организации экстренной эндоскопической помощи в условиях общего обезболивания.

1. Проводка O₂ в кабинет экстренной эндоскопии.
2. Баллон с CO₂.

3. Операционный стол с возможностью изменения положения пациента (если планируется выполнение рентген-эндоскопических вмешательств то должен быть рентген-прозрачный стол)
4. Оборудование для общей анестезии
5. Необходимое для фиксации результатов исследования оборудование (принтер, ПК, оборудование для видеозахвата).

Особенности стерилизации канального оборудования требует наличия в ЦСО оборудования для стерилизации канального и деликатного инструментария (например, STERRAD)

4. Дежурить по эндоскопии должен специалист, имеющий опыт работы не только в качестве эндоскописта, но и хирурга. При подготовке сестры по оказанию неотложной эндоскопической помощи следует предусмотреть ее обучение навыкам ассистирования врачу при проведении некоторых экстренных эндоскопических манипуляций, предусматривающих участия нескольких человек.

При планировании расходов на приобретение оборудования следует учитывать объем и структуру потока пациентов, поступающих в стационар по экстренным показаниям с заболеваниями, требующими участия специалистов по внутрисветовой эндоскопии. Анализ работы эндоскопического отделения СпбГБУз «Городская Мариинская больница» за последние 5 лет показал, что

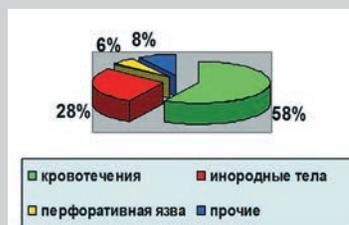


Рис. 7. Структура потока пациентов, нуждающихся в экстренной эндоскопической помощи

Современное эндоскопическое отделение должно располагать следующим расходным материалом для оказания неотложной эндоскопической помощи:

Целевое назначение инструментов	Наименование инструмента	Расчет на количество пациентов или срок использования
Эндоскопический гемостаз, закрытие дефектов слизистой	Клип-аппликатор многоразовый (рис. 8.)	В среднем 3 месяца работы или 100 клипующих движений
	Клипсы различной модификации для различных источников кровотечения) (40 шт..в коробке) (рис. 9)	4–6 клипс на1 пациента (зависит от источника кровотечения, квалификации специалиста)
	Клипирующее устройство однозарядное с возможностью открытия и закрытия клипсы (рис. 10)	Одноразовое.
Эндоскопический гемостаз	Зонд для аргоноплазменной коагуляции с боковым и торцевым расположением сопла (диаметр и длина в зависимости от того с каким аппаратом вы планируете ими пользоваться)	3 месяца
Эндоскопический гемостаз Локальные инъекции	Одноразовые, многоразовый тубус, одноразовые иглы (рис. 11)	Иглы одноразовые, тубус многоразовый
гемостаз	Электрод для точечной электрокоагуляции	Многоразовый на 1 год
	Электрохирургические гемостатические щипцы (рис. 12)	Одноразовые
	Лиширующее устройство для наложения лигатур при кровотечении и варикозно расширенных вен пищевода многоразовое (нужны лигатуры) или одноразовые лигирующие устройства с зарядкой на 6 и более колец, лигатри.т.д.(рис. 13)	Многоразовое устройство в среднем на 4 месяца
Средства для аппликационного гемостаза	Раствор «Гемоблок», Абсорбирующие вещества («Гемоспрей», Эндоклот» и.т.д. (рис. 14).	-
Удаление инородных тел	Петли для удаления инородных тел	Многоразовые
	Захватывающие щипцы (рис. 15) Корзинки Мини-корзинки Мини-петли Трехногие захваты Трехногие мини-захваты	одноразовые
	Корзинки Трехногие захваты Пятиногие захваты Щипцы	многоразовые



Рис. 8. Клип-аппликатор многоцветный



Рис. 9. Клипсы различной модификации



Рис. 10. Клипирующее устройство одноразовое



Рис. 11. Инъекционные иглы



Рис. 12. Электрохирургические гемостатические щипцы



Рис. 13. Лигирующее устройство



Рис. 14. Средства для местного применения и сосудосуживающие средства



Рис. 15. Захватывающие щипцы для удаления инородных тел

около 60% пациентов требующих экстренной эндоскопической помощи это пациенты с желудочно-кишечными кровотечениями, 30% пациенты с инородными телами ЖКТ и бронхов, 10% пациенты с подозрением на перфорацию полого органа и др. (рис. 7).

Существует несколько методов воздействия на источник кровотечения через эндоскоп:

1. Местное применение гемостатических средств
2. Механические:
 - а — Местная инъекционная терапия
 - б — Эндоскопическое клипирование
 - в — Эндоскопическая лигирование
3. Коагуляция
 - а — Электрокоагуляция
 - б — Коагуляция с использованием термозонда
 - в — Аргон-плазменная коагуляция
 - г — Лазерная коагуляция

Method of Infrared Endoscopy for Earlier Diagnostics of Gastric Colorectal and Cervical Cancer

N. Blaunstein¹, B. Dekel¹, A. Zilberman², Ya. Cohen², M. Sergeev³, L. L. Varlamova⁴

¹Scientific Center “Ruppin”, Netania, Israel

²PIMS Co., Beer Sheva, Israel

³ITMO, S. Petersburg, Russia

⁴LOMO, S. Petersburg, Russia

Abstract

In this work we present a novel non-invasive method of endoscopy and the corresponding endoscopes and gastroscopes for earlier-stage diagnose of various kinds of intrinsic cancers, stomach, colony, and servgical, by sending a passively occurring near-infrared (NIR) and middle-infrared (MIR) radiation signal associated with the abnormality and inside an orifice of the diagnostics includes detection and identification of the abnormality. An endoscope or gastroscope is used either to bring a sensor into the orifice (in-vivo diagnosis) or to transmit the NIR or MIR signals to the device or instrument located outside of the orifice (in-vitro diagnosis). The example of instrument includes a prior art endoscops or gastroscopes. The corresponding test results are presented as a proof of the proposed methodology of earlier diagnostics of internal cancerous structures.

1. The Proposed Methodology and the Corresponding Devices

The proposed method is based on the detection of malignant tissues related to the gastric, colorectal and servical cancers based on two techniques [14]:

1. Infrared imaging method- NIR and MIR.
2. NIR and MIR spectral method

Optical methods of imaging were coming from detection and diagnosis of skin cancer. We do not enter into this subject because it is out of scope of our work, referring the reader to excellent papers [1–17].

As for spectral regime, using optical radiated signal ranged at the wide frequency bands, it based on perceiving reflected light in the visible and near-infrared (NIR) bands. Identification by use of this regime of specific abnormalities is based on information about the corresponding “signature” of radiation associated with the corresponding anomaly measured in the frequency domain. Recently, middle-infrared (MIR) spectral methods have also been used to improve an accuracy and reproducibility of biop[sy] evaluation for the gastric and stomach cancers [18–21].

In our case of interest, the image capturing is based on usage of an endoscope consisting of a NIR or MIR camera based on micro-bolometric or pyroelectric detector array mounted on the distal tip of the flexible tube (as shown in Fig. 1) and a conventional visible camera. In addition to capturing image frames in the visible and Mid-IR spectral regions, light source, air, water and small instruments can be used to take samples of suspicious tissues through the

endoscope. This device is inserted through the mouth or anus the same method as it is done by the visible endoscopes at present. Schematic drawing of the endoscope is shown in Fig. 1.

The flexible guide consist of five channels:

1. Mid-IR channel, which includes a window in the distal tip and a series of optical elements in a wide field configuration, all are transparent in the Mid-IR spectral range (like Zinc Selenide, Silver halide and others), and a microbolometric CCD.
2. Visible channel the same as the Mid-IR channel except that the materials of the components are transparent in the visible spectral range.
3. Air/Water channel delivers air, water or to suction intraluminal contents.
4. Illumination channel provides illumination in the visible spectral range to the suspected tissue.
5. Instrument channel provides the physician tools to take samples from suspected tissues.

Fig. 1. Schematical presentation of the flexible guide

The power supply unit is responsible to maintain the Mid-IR detector, the visible detector and the illumination unit in operational mode. The image processing unit delivers two video images captured by the two sensors, a Mid-IR thermal

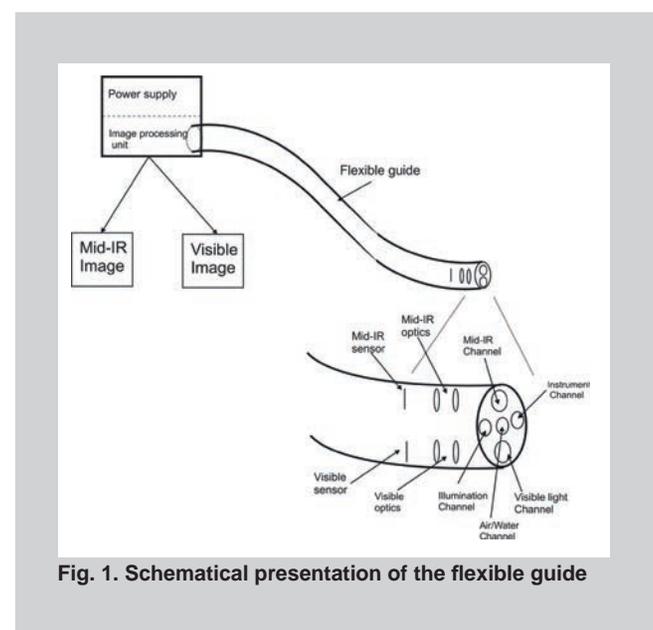


Fig. 1. Schematical presentation of the flexible guide

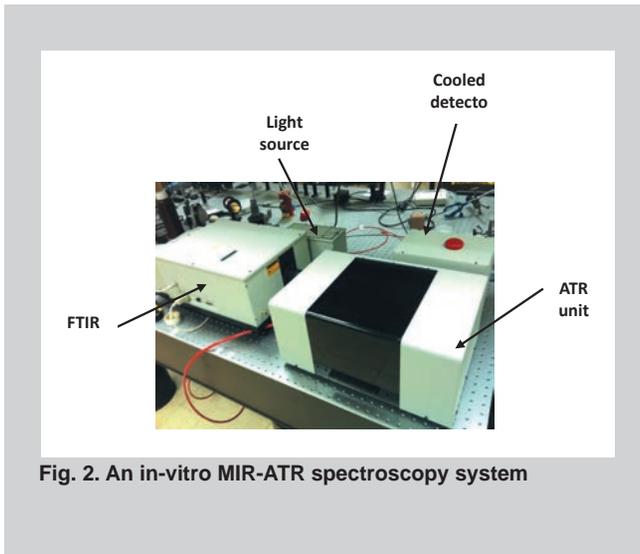


Fig. 2. An in-vitro MIR-ATR spectroscopy system

image and a visible image. This unit is carrying out image processing algorithms and performing the contrast algorithm to improve the probability of detection.

There are two methods of tissue surface and sub-surface anomalies detection and identification. The first method is called the *integral regime* of tissue detection using information about the corresponding gradient of temperature between the normal tissue and the cancerous tissue. The second method is called the *spectral regime* of tissue detection using information about the spectral lines of irradiated field from cancerous tissue, that is, about the corresponding “signature” of the anomaly in the frequency domain.

The broad spectrum from NIR- to MIR-band is used for diagnostics and identification of the tissue anomaly. This method is based on the integral and spectral thermograph analysis of infrared flows radiated by the living tissue surface, the cancerous and the regular tissue. It consists:

1. Measure of the space distribution of the integral flow from the object at the range of wavelength from $3 \div 5 \mu\text{m}$ (NIR-band) to $8 \div 12 \mu\text{m}$ (far infrared), most often from the open surface of the body.
2. Spectral regime based on the following parameter such as spectral density of emitting radiation ($dR/d\lambda$) from human body as a black body with temperature $T_0 \approx 36.6^\circ\text{C}$ using visual spectrum from 200 to 900 nm and infrared spectral range of $3.0\text{--}20 \mu\text{m}$. The normalized heat flow difference (or contrast) was measured in the anomalous zones in the chosen wavelengths with the known narrow waveband $\Delta\lambda_i$ of measurements. The counting of the mean spectral density of the measured heat flows in each band of measuring according the formula:

$$S_{\lambda_i} = R_{\lambda_i} / \Delta\lambda_i \quad (1)$$

where S_{λ_i} — is the mean spectral density of the heat flow for the chosen

λ_i — is the bandwidth (ith wavelength);

R_{λ_i} — is the measured value of the heat flow in the chosen i band;

$\Delta\lambda_i$ — is the spectral width of the chosen i th band.

2. Applications of NIR and MIR Techniques and Devices

For identification of genealogic cancer cells during a surgical procedure, an in-vitro system based on MIR-ATR spectroscopy was designed for the purpose of examination of the adequacy of MID-IR spectroscopy, in conjugation with ATR (see Fig. 2) for the detection of gynecological malignancies in real time during surgery.

Fig. 2. An in-vitro MIR-ATR spectroscopy system

The second device with the corresponding ATR-MIR spectroscopy instruments for identification of the colonoscopic and gastric cancer cells during surgical procedure was developed recently. Its purpose was to examine the adequacy of middle infrared spectroscopy in conjugation with ATR, for the detection of colonoscopic and gastroscopic malignancies in real time during surgery.

Recently, this device in a series of clinical tests at the medical center in Jerusalem. During this stage the system and histopathology data were taken in parallel and the correlation was computed between the two measurements. About 70 samples were taken up to date. In the next stage our system will classify the biopsies.

Then, the possibility to check in vivo all cancerous cells during surgical procedure was investigating and the corresponding hollow fiber and a MIR-ATR probe were performed based on the technology presented and described in Fig. 1. The corresponding product is shown in Fig. 3.

Fig. 3. The view of MIR-ATR probe

Such a probe allows us to identify in real time whether tissue is malignant. The technique involves inserting a hollow optical fiber in the working channel of the endoscope and detecting the signal from the ATR probe.

Moreover, the developed probe based on hollow fiber technology allows to construct an in-vivo system for enhancing Colposcopy procedure, using the spectral properties of cervical cancer in the NIR spectral range. The main goal of usage of



Fig. 3. The view of MIR-ATR probe

such a MIR-ATR probe was to improve the detection precision in the Colposcopy procedure by using the unique properties of the malignant tissues in the combined visual optic system (VIS) and NIR spectral ranges that now exists separately.

Summary

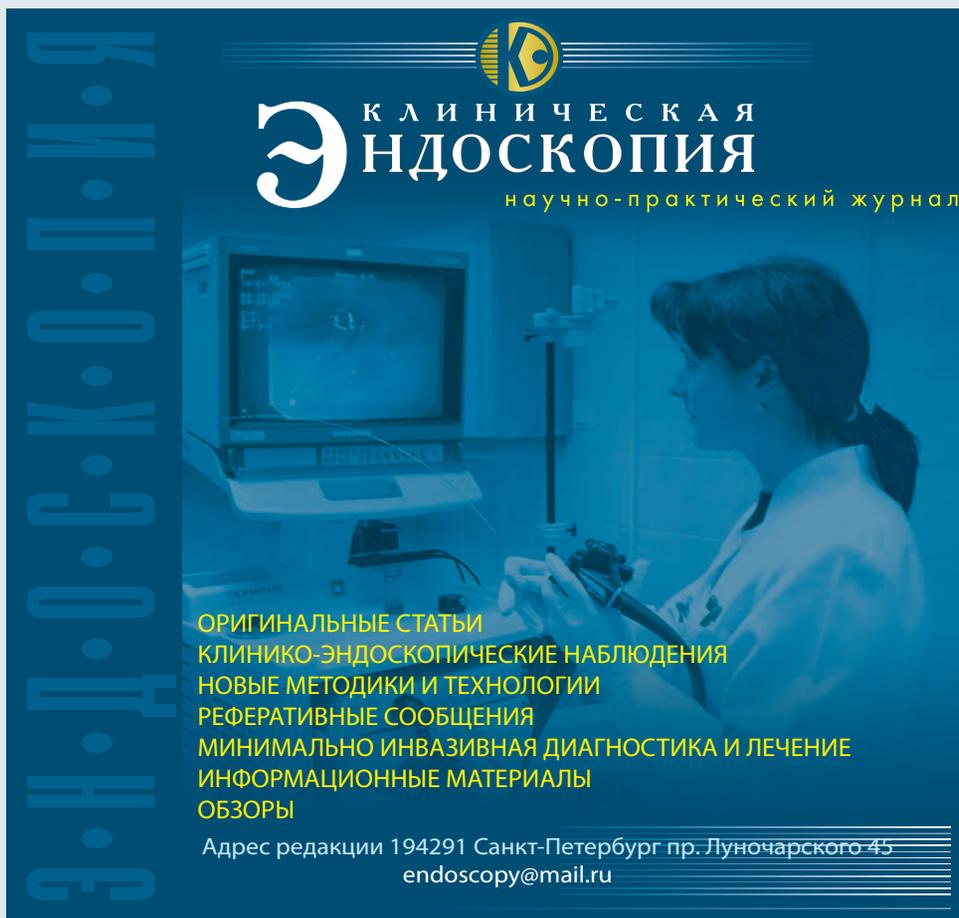
Using Near- and Mid-IR techniques for detecting and identification of gastric, colorectal and cervical cancers is different with respect to other methods in that the conventional methods are based on the subjective inspection in the visible spectral range of the physician, where in our method we are based on the overheated characteristic of cancerous tissues and detecting these anomalies with a NIR or MIR camera.

In our work, based on different kinds of instruments and devices, the detection and identification of cancers using the combination of the visible, NIR and spectral regimes in combination with the contrast, is different with respect to other methods in that the preliminary classification of anomaly is done, using IR optical band in the range of 3–12 μm .

We developed a new endoscope based on an array of infrared and visual optic micro detectors operating in the waveband range of 3–12 μm working both in integral and spectral regimes based on the sign and amplitude of the contrast of cancerous anomalies with respect to those for normal living tissues.

Bibliography

1. Sugano, K., K. Sato, and K. Yao, "New diagnostic approaches for early detection of gastric cancer", *Digestive Diseases*, vol. 22, No. 4, 2004, pp. 327–333.
2. Bender, G. N., and R.S. Makuch, "Double-contrast barium examination of the upper gastrointestinal tract with non-endoscopic biopsy: findings in 100 patients", *Radiology*, vol. 202, No. 2, 1997, pp. 355–359.
3. Messmann, H., and K. Schlottmann, "Role of endoscopy in the staging of esophageal and gastric cancer", *Seminars in Surgical Oncology*, vol. 20, No. 2, 2001, pp. 78–81.
4. Bhadari, S., C.S. Shim, J. H., Kim, et al., "Usefulness of three-dimensional, multidetector row CT (virtual gastroscopy and multiplanar reconstruction) in the evaluation of gastric cancer: a comparison with conventional endoscopy, EUS, and histopathology", *Gastrointestinal Endoscopy*, vol. 59, No. 6, 2004, pp. 619–626.
5. Yoshioka, T., K. Yamaguchi, K. Kubota, et al., "Evaluation of 18F-FDG PET in patients with a metastatic, or recurrent gastric cancer", *J. of Nuclear Medicine*, vol. 44, No. 5, 2003, pp. 690–699.
6. Motohara, T., and R.C. Semelka, "MRI in staging of gastric cancer", *Abdominal Imaging*, vol. 27, No. 4, 2002, pp. 376–383.
7. Mayinger, B., M. Jordan, T. Horbach, et al., "Evaluation of in vivo endoscopic autofluorescence spectroscopy in gastric cancer", *Gastrointestinal Endoscopy*, vol. 59, No. 2, 2004, pp. 191–198.
8. Shike, M., S.J. Winawer, P.H. Greenwald, et al., "Primary prevention of colorectal cancer. The WHO collaborating center for the prevention of colorectal cancer", *Bull World Health Organ*, vol. 68, No. 3, 1990, pp. 377–385.
9. Judith, M., E. Walsh, and J.P. Terdiman, "Colorectal cancer screening: scientific review", *JAMA*, vol. 289, 2003, pp. 1288–1296.
10. Imperiale, T. F., D.R. Wagner, C.Y. Lin, et al., "Risk of advanced proximal neoplasms in asymptomatic adults according to the distal colorectal findings", *New Engl. J. Med.*, vol. 343, vol. 3, 2000, pp. 169–174.
11. Ferrucci, J. T., "Colon cancer screening with virtual colonoscopy: promise, polyps, politics", *AJR Amer. J. Roentgenol*, vol. 177, No. 5, 2001, pp. 975–988.
12. Traverso, G., A. Shuber, L. Olsson, et al., "Detection of proximal colorectal cancers through analysis of faecal DNA", *Lancet*, vol. 359 (9304), 2002, pp. 403–404.
13. Winawer, S. J., E.T. Stewart, A.G. Zauber, et al., "A comparison of colonoscopy and double-contrast barium enema for surveillance after polypectomy. National Polyp Study Work Group", *New Engl. J. Med.*, vol. 342, No. 24, 2000, pp. 1766–1772.
14. Dekel, B. Z., N. Blaunstein, A. Zilberman, "Method of Infrared thermography for earlier diagnosis of gastric colorectal and cervical cancer", US Patent: US8,774,902 B2, July 2014, 11 pages.
15. Gniadesca, M., H.C. Wulf, N. Nymark et al., "Diagnosis of basal cell carcinoma by Roman spectroscopy", *J. of Roman Spectroscopy*, vol. 28, 1997, pp. 125–129.
16. Brooks, A., N.I. Afanasyeva, V. Makchine et al., "New method of investigations of normal human skin surfaces in vivo using fiber-optic evanescent wave Fourier Transform infrared spectroscopy (FEW-FTIR)", *J. Surf. Interface Anal.*, vol. 27, 1999, pp. 221–229.
17. Yang, Y., J. Sule-Suso, G. D, Sockalingum et al., "Study of tumor cell invasion by Fourier Transform infrared microspectroscopy", *J. Biopolymers*, vol. 78, 2005, pp. 311–317.
18. Fujioka, N., Yu. Morimoto, T. Arai et al., "Discrimination between normal and malignant human gastric tissues by Fourier transform infrared spectroscopy", *J. Cancer Detection and Prevention*, vol. 28, 2004, pp. 32–36.
19. Wang, H. P., H.C. Wang, and Y.J. Huang, "Microscopic FTIR studies of lung cancer cells in pleural fluid", *J. The Science for the Total Environment*, vol. 204, 1997, pp. 283–287.
20. Christodoulou, S., Ch. Chrysohoon, D.B. Panagiotakos et al., "Temperature differences are associated with malignancy on lung lesions: a clinical study", *Bio Med. Central*, 2003, pp. 1–5.
21. Christodoulou, S., E. Paeskevas, D.B. Panagiotakos et al., "Thermal heterogeneity constitutes a marker for the detection of malignant gastric lesions in vivo", *J. Clinical Gastroenterology*, 2003, pp. 215–218.



«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

CapsoCam® - уникальная эндоскопическая капсула с технологией панорамного обзора



CapsoCam®

Панорамный боковой обзор на 360° и современные беспроводные технологии

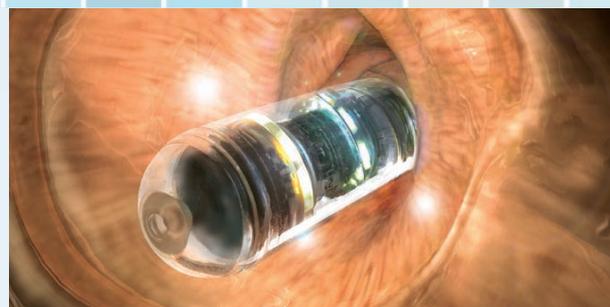
ПАНОРАМНЫЙ БОКОВОЙ ОБЗОР НА 360°



ПОБЕДИТЕЛЬ:

Product Differentiation Excellence Award 2013 FROST & SULLIVAN

Признан инновационным продуктом с превосходными характеристиками и функциональностью, который соответствует потребностям рынка эндоскопических устройств.



■ 360° панорамная визуализация

■ Бесконтактная загрузка данных

■ Беспроводные технологии

■ Увеличенное время работы батареи



Для получения подробной информации о новых стандартах в капсульной эндоскопии, демонстрации и настройки оборудования обратитесь к эксклюзивному представителю на территории РФ: ООО "Эндо Старс"

БЕСПЛАТНАЯ ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ: 8 (800) 555-56-57

...all you need for endoscopy!

www.endo-stars.ru

EVIS EXERA III

идеальная эндоскопическая система*

OLYMPUS

Your Vision, Our Future



Россия, 107023, Москва,
ул. Электrozаводская, д. 27, стр. 8
телефон: +7 (495) 730-21-57
факс: +7 (495) 663-84-86
www.olympus.com.ru

Россия, 199178, г. Санкт-Петербург,
3-я линия В.О. д. 62, Лит. А.
телефон: +7 (812) 385-47-90
факс: +7 (812) 385-47-93
www.olympus.com.ru

Украина, 01032, г. Киев,
бул. Т. Шевченко, д. 336
телефон: +38 (044) 730-21-57
факс: +38 (044) 594-48-01
www.olympus.com.ru

Казахстан, 050012, г. Алматы
ул. Шевченко, д. 118, оф. 217
телефон: +7 777 399 74
www.olympus.com.ru

*В сравнении с эндоскопическими системами Evis Exera I и Evis Exera II